

FACULTE DE MEDECINE
SAINT-ANTOINE
UNIVERSITE PARIS VI

ANNEE 1971

THESE

N^o

78

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Pierre JABLONSKI

Né le 20 mars 1939 à MIREBEAU (86)

Interne des Hôpitaux de PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

A PROPOS DE 52 CAS D'INSUFFISANCE RENALE AIGUE

PAR OBSTACLE

Président : M. Jean GOSSET, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
SAINT-ANTOINE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1971

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Pierre JABLONSKI

Né le 20 mars 1939 à MIREBEAU (86)

Interne des Hôpitaux de PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

A PROPOS DE 52 CAS D'INSUFFISANCE RENALE AIGUE

PAR OBSTACLE

Président : M. Jean GOSSET, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A mes parents

A ma grand-mère

A mon frère

A tous mes amis

Qu'il trouve ici l'expression de sa reconnaissance et de
sa respectueuse admiration.

A mon Maître, le Professeur Jean GOSSET

Professeur de clinique chirurgicale

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine

qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de
ma respectueuse admiration.

A mon Maître, le Professeur Jean GOSSET

Professeur de clinique chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de

ma respectueuse admiration.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Au Professeur Agrégé Michel BITKER

qui m'a proposé le sujet de ce travail et m'a permis
de le mener à bien.

Qu'il soit assuré de mon très sincère attachement.

Au Docteur Françoise MIGNON, maître de conférence agrégé,

dont les conseils me furent d'un grand secours.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

- Externat

M. le Professeur Henri REDON
M. le Professeur Pierre ABOULKER
M. le Professeur Jean CATHALA
M. le Professeur F. COSTE
M. le Professeur H. BRICAIRE
M. le Professeur CASTAIGNE
M. le Professeur M. DEPARIS

- Internat

M. le Professeur Agrégé J.M. COLDEFY
M. le Professeur Paul MORIN
M. le Professeur Paul-Louis CHIGOT
M. le Professeur R. LEIBOVICI
M. le Professeur R. KÜSS
M. le Professeur Claude HOUDARD
M. le Docteur Jean LACOUR
M. le Professeur Jean GOSSET

A mon Maître d'Anatomie

le Professeur Christian CAROL

A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine de Poitiers

Au Professeur Agrégé Jean DEMIRLEAU

Au Docteur GRUNER, Maître de Conférence Agrégé

Au Docteur Marc HIVET

Aux chefs de cliniques assistants

les Docteurs FOURCADE

BRUEZIERES

VIALAS

BEURTON

LARRAUD

SCETBON

CARLES

ESTENNE

BERTHELOT

MICHEL

DE CATALOGNE

GENIN

POILLEUX

LAGADEC

APOIL

PLAN DE NOTRE TRAVAIL

INTRODUCTION - GENERALITES

I - LE CHIRURGIEN DEVANT L'ANURIE

II - LES DIVERS ASPECTS DE L'ANURIE EN FONCTION DE LA NATURE DE L'OBSTACLE

1 - Les lithiases

- . Diagnostic
- . Mécanisme des anuries
- . Nature de la lithiase
- . Signification de l'anurie

2 - Les obstacles rétro-péritonéaux

- . Aspect clinique
- . Etiologies

3 - Les obstacles vésico-prostatiques

- . Les atteintes cancéreuses
- . L'oedème urétéral

4 - Les lésions de la paroi urétérale

III - LES SEPTICEMIES

1 - D'emblée

2 - A distance de l'anurie

IV - DIAGNOSTIC DE L'I.R.A. PAR OBSTACLE

Notions de physio-pathologie

V - LE TRAITEMENT

- 1 - La montée de sondes
- 2 - Les interventions
 - . La néphrostomie
 - . Les autres interventions
- 3 - La place de l'E.E.R.

VI - LES RESULTATS

- 1 - Les lithiases
- 2 - Les cancers
- 3 - Les autres malades

VII - LES 52 OBSERVATIONS

VIII - CONCLUSIONS

oOo

A l'hôpital TENON, entre 1967 et 1970, on a traité 450 malades en état d'insuffisance rénale aiguë (I.R.A.). Pour 52 d'entre eux, l'anurie était due à un obstacle. Ce sont ces patients qui font l'objet de notre travail.

Trois notions dominent :

- La lithiase est en cause une fois sur deux. Celle-ci est urique et radiotransparente dans la moitié des cas.

- La septicémie gram - occupe une place considérable - qu'elle fasse partie d'emblée du tableau clinique ou qu'elle vienne l'enrichir par la suite.

- La chirurgie s'impose dans la grande majorité des cas; la néphrostomie en est l'aspect habituel.

La nécessité d'une étroite collaboration entre néphrologue et urologue doit être soulignée.

Pratiquement tous nos malades ont été simultanément traités par les médecins des services du Professeur RICHET pour la néphrologie et du Professeur Agrégé BITKER pour l'urologie.

Ces malades nous parviennent souvent dans un état catastrophique, et nous verrons que le premier geste à faire a été fréquemment une épuration extra-rénale (E.E.R.).

LE CHIRURGIEN DEVANT L'ANURIE

A) L'état biologique est-il tel qu'une dialyse est à prévoir avant toute décision chirurgicale ?

- Hyperkaliémie - des chiffres de l'ordre de 7 mEq ne sont pas rares.

- Acidose, la R.A. pouvant se situer à 10 ou 15 mEq et le pH à 7,13 - 7,20.

Ces deux données prenant le pas sur les chiffres de l'azotémie.

B) Lorsqu'il y a de la fièvre, la positivité d'une hémoculture vient affirmer la septicémie gram - .

Notion de première importance

- . car elle conduit à une antibiothérapie majeure chez un insuffisant rénal,

- . car aussi, elle peut imposer la chirurgie de toute urgence pour drainer un foyer purulent : rein pyonéphrotique - phlegmon péri-néphrétique par exemple.

4) La radiologie est irremplaçable.

A) Bien sûr, on s'aidera du classique abdomen sans préparation, mais surtout des tomographies rénales. Celles-ci sont souvent en mesure de résoudre nombre de problèmes.

- Image de 2 reins : sont-ils ou non augmentés de volume ? A ce propos, il faut garder présent à l'esprit le fait qu'une I.R.A. par tubulopathie donne volontiers une augmentation symétrique de la taille des reins sans pour autant qu'il y ait obstacle.

- Image d'un rein de bonne taille hypertrophié, l'autre étant atrophique évoquant le rein unique fonctionnel.

- Image du rein unique anatomique, au volume augmenté - hypertrophie compensatrice ou cavités dilatées en amont d'un obstacle.

- Et, bien sûr, présence de calculs dont ces tomographies préciseront le siège et le nombre - étude du bord externe

des muscles psoas iliaques dans la perspective d'une liposclérose rétropéritonéale.

A ce stade, tout ce qu'on a fait ne présente aucun risque. Dans quelques cas, on en sait assez pour comprendre et traiter.

Le plus souvent, on doit faire un pas de plus et entrer dans le domaine de l'exploration urologique instrumentale. Mais ici le risque s'accroît (3 septicémies au moins après montées de sondes) d'autant plus que souvent ces manoeuvres sont techniquement difficiles. Il n'est pas rare de devoir travailler sans anesthésie générale.

Il nous semble fort utile de faire un nouvel examen clinique en salle d'opération, toucher rectal et toucher vaginal sur table, le malade prémédiqué ou anesthésié.

- La cystoscopie est souvent difficile car le patient en a déjà subi une ou plusieurs. Oedème vésical - saignement - urines troubles sont habituels.

- L'U.P.R. : chez l'anurique, on proscriit le produit de contraste au bénéfice de l'air stérile. Cet examen est parfois excellent et souvent bon. La qualité des images tient beaucoup à celle du manipulateur dont le rôle devient capital chez les sujets obèses.

Mais, dans le cas où l'U.P.R. à l'air ne donne rien, il est impensable de laisser le diagnostic en suspens en rejetant toute opacification. Les dangers du produit de contraste sont sûrement moindres que ceux d'un obstacle méconnu. Dans les quelques cas où nous l'avons utilisé, aucun ennui n'est survenu.

- Le cathétérisme urétéral

. Quand il est possible, sa valeur diagnostique est indiscutable, mais c'est un moyen bien fragile de drainage de la voie excrétrice.

. Lorsque la sonde urétérale dépasse l'obstacle et recueille des urines sous pression s'écoulant en gouttes pres-

sées, on peut affirmer la nature mécanique de l'anurie et confier un échantillon d'urines au laboratoire.

La montée d'une sonde peut déplacer un calcul, en favoriser la migration et, par conséquent, guérir l'anurie.

Mais demander pendant plusieurs jours, à des sondes urétérales souvent de faible calibre, d'assurer une bonne diurèse est très aléatoire. Ces sondes se bouchent, d'autant plus que les urines sont purulentes, elles se déplacent, les fixer est malaisé; c'est pourquoi, en dépit de beaucoup de vigilance et de contrôles radiologiques, se fier à elles est hasardeux.

Donc, bon argument diagnostique, mais moyen de drainage peu sûr. Nous verrons cependant, au chapitre thérapeutique, ce qu'on peut en attendre.

- L'U.I.V. enfin : nous parlons d'elle en dernier lieu, car elle n'est pas un moyen classique de diagnostic dans l'anurie. Elle mérite pourtant une place de tout premier plan et nous pensons qu'il faut s'en aider bien plus souvent qu'on ne le fait généralement. Le dogme qui voulait qu'on rejette l'U.IV. quand l'azotémie était au gramme, doit disparaître.

Faite sous perfusion, avec tomographie et clichés tardifs (2e heure, 8e heure), elle donne de précieuses indications même si l'urée atteint 1,80 à 2 g/l.

Si l'anurie est vue tôt, l'U.I.V. peut suffire. En tout cas, si elle ne permet pas d'éluder l'étape instrumentale, elle la dirige et l'abrège. Elle affirme souvent l'obstacle, en reconnaît le côté, mais renseigne mal sur l'état de l'uretère.

La méfiance n'est donc pas de mise (hormis dans le cas bien rare d'un myélome). Il faut recourir plus souvent à l'urographie. Ce moyen présente peu de risques et a pour lui sa simplicité, c'est pourquoi, quand on redoute l'anurie, quand elle est établie mais récente, il est facile d'injecter le produit opaque et de faire des clichés le lendemain matin. On assure un diagnostic précoce et on se place à peu de frais dans de bonnes conditions thérapeutiques.

Au terme de cette étape diagnostique

- L'obstacle est affirmé ou infirmé, on en connaît le siège et la nature probable.
- Il existe ou non une septicémie gram - .
- Les données biologiques incitent ou non à l'E.E.R.

Restent deux problèmes :

- Celui du choix thérapeutique.
- Celui du pronostic.

C'est l'étiologie de l'anurie qui va, en grande partie, les régler.

II - L'ETIOLOGIE DE CES ANURIES

	27 lithiases
52 observations	19 cancers
	6 causes diverses

1) Dans la moitié des cas, anurie calculeuse (27)

- 15 fois sur rein unique
 - . fonctionnel (6)
 - . ou anatomique (9)
- 12 fois, les 2 reins sont a priori fonctionnels.
- 15 lithiases uriques, le reste est fait de calculs opaques à la radio.
- 9 épurations extra-rénales pré-opératoires.
- 6 décès.

2) Les cancers viennent ensuite (19).

- Ils provoquent l'anurie de 3 façons :
 - . l'envahissement du rétro-péritoine (9 cas)
 - . le blocage du trigone et du bas uretère (9 cas)
 - . la tumeur maligne de l'uretère.
- Pronostic effroyable : décès en 1 à 12 mois.

3) Les étiologies plus rares (6)

- Liposclérose rétro-péritonéale non cancéreuse.
- Traumatismes.
- Oedème post-cathétérisme urétéral.

4) Mais surtout, on est frappé par la fréquence des septicémies gram - : 19 cas

- 12 fois, septicémie d'emblée s'intégrant au tableau d'anurie.

- 7 fois, survenue dans les suites de la maladie.

Enfin, 40 malades opérés sur les 52 étudiés.

La silhouette de l'anurie par obstacle peut donc se dessiner ainsi :

- Diagnostic reposant sur :
 - . La clinique et l'anamnèse.
 - . Les tomographies rénales.
 - . L'U.P.R. à l'air et la montée de sondes.L'U.I.V. doit prendre ici la place qui lui est due.
- Deux préoccupations immédiates :
 - . Les hémocultures si fièvre.
 - . La kaliémie, la RA, le pH.
- Etiologie :
 - . Lithiasique une fois sur deux.
 - . Cancéreuse à peu près une sur trois.
- Traitement chirurgical presque toujours (4/5e des cas).

Tel est donc, très schématiquement, l'aspect pratique et la conduite à tenir devant une I.R.A. par obstacle.

ETIOLOGIES DES IRA PAR OBSTACLE

Tableau 1

LITHIASES	27	- Reins uniques anatomiques - Reins uniques fonctionnels - 2 reins fonctionnels	9 6 12	- Lithiases uriques - Lithiases phosphocalciques - Calculs mous	14 11 2
CANCERS	19	- Scléroses rétro-péritonéales malignes - Tumeurs vésico-prostatiques - Tumeur maligne de l'uretère	9 9 1	- Cancer d'origine non trouvée	3
AUTRES ETIOLOGIES		- Scléroses rétro-péritonéales non malignes - Traumatismes - Sténoses urétérales - Oedème urétéral	1 1 1 3	- Prise de Méthysergide	1
TOTAL	52		52		

ASPECT CLINIQUE DE CES ANURIES

I - LES LITHIASES

1) Les problèmes du diagnostic

Ils sont d'inégale difficulté :

- Souvent faciles : lithiase connue, plus ou moins traitée, anurie récidivée. Dans les cas du rein unique anatomique, c'est elle qui a le plus souvent motivé la néphrectomie. Enfin, dans la moitié des cas, le calcul est radio-opaque. Dans cette éventualité où la lithiase est aisément reconnue, il reste à comprendre le mécanisme de l'anurie : obstacle pur ou associé à un facteur septicémique. Nous reviendrons sur ce point.

- Parfois difficiles : tout est différent, en effet, quand l'histoire lithiasique commence par l'anurie ou quand cette lithiase est urique ou molle.

Dans notre étude, la lithiase urique a une large place puisqu'elle représente la moitié des cas.

Tableau clinique volontiers trompeur, malades vus tardivement et dans un état grave.

Ainsi, cette femme âgée, éthylique, qui présentait une septicémie gram - avec collapsus et graves troubles de conscience (n° 25). La découverte d'une fosse lombaire douloureuse jointe à la notion ancienne d'une petite dilatation pyélo-urétérale du même côté, a fait intervenir d'urgence. U.P.R. au produit opaque montrant l'arrêt dû au calcul radio-transparent immédiatement suivie de la lombotomie. Pus franc dans le bassin. Néphrostomie. Evolution très rapidement favorable.

Ou cet homme de 61 ans (n° 6) anurique, dans un état très alarmant (urée à 5,40). Un petit rein atrophique avec H.T.A. motive une néphrectomie droite. Intervention semble-t-il laborieuse, hémorragique, qui, le soir même, fait réintervenir pour assurer l'hémostase. Plusieurs collapsus per et post-opératoires répondent bien à la réanimation. L'oligurie leur est imputée. Au 5e jour, anurie. C'est la découverte d'un petit calcul urique dans la vessie, lors de la cystoscopie, qui fait évoquer l'étiologie lithiasique et pratiquer le dosage de l'uricémie (91 mg/l). A l'exploration chirurgicale, très importante lithiase urique pyélo-urétérale. Ici encore, U.P.R. au produit de contraste immédiatement avant l'intervention.

Dans ces cas de lithiase transparente, l'U.P.R. à l'air est souvent en défaut; force est donc d'injecter du produit opaque. On en atténue considérablement les risques en la faisant juste avant l'intervention qui libèrera la voie excrétrice.

2) Le mécanisme de ces anuries

a) 15 fois sur 27, rein unique :

. 9 reins uniques anatomiques et, pour 7 malades, la lithiase est responsable de la perte du rein. Pour les 2 autres : atrophie rénale et tumeur du rein sans qu'on puisse avoir d'autres précisions. Dans 5 cas sur 9, lithiase urique, 1 cas de lithiase molle, les 3 autres calculs étaient opaques à la radio.

. 6 reins uniques fonctionnels : l'unicité du rein dans 3 cas est apparue sur des U.I.V. antérieures à l'anurie. Rein muet - rein atrophique sécrétant faiblement. Dans les 3 autres cas, ce sont les tomographies et les explorations instrumentales qui l'ont prouvée.

Dans 3 cas, lithiase urique.

Pratiquement, chez ce type de malade, il est capital d'intervenir du bon côté et affirmer le rein unique fonctionnel est parfois difficile. Il faut retenir que le bon côté est celui qui a été douloureux le plus récemment.

Le mécanisme de l'anurie.

- Dans 12 cas sur 15, obstacle pur. L'association à des phénomènes infectieux n'intervient pas.

- Dans 3 cas, par contre, ces phénomènes jouent un rôle considérable (n° 5 - 11 - 24). Pour 2 malades, les hémocultures ont poussé. Septicémie d'emblée avant toute endoscopie. Les biopsies rénales ont montré, dans les 2 cas, une néphrite interstitielle aiguë hémotogène.

L'autre observation est moins nette. Il manque la positivité de l'hémoculture. Il a pourtant eu 8 jours de fièvre à 39° avec frissons. La lombotomie a découvert, outre une importante péri-néphrite, un abcès polaire inférieur et des urines purulentes (germes gram -).

Il apparaît donc que sur 15 anuries à rein unique :

. 12 fois, cause purement mécanique,

. 3 fois, le germe gram - intervient. Il vient s'ajouter à l'obstruction de la voie excrétrice et la rend dramatique. Drainer au plus vite devient impérieux.

b) Les anuriques à 2 reins : 12 observations.

Le mécanisme est ici plus complexe. Les 2 reins sont a priori fonctionnels, la lithiase volontiers bilatérale multiple, pyélique et urétérale. L'intrication à des facteurs infectieux gram - est fréquente. Que ce facteur intervienne de façon indiscutable dans au moins la moitié des cas est certain. Mais le tout est d'en préciser l'importance exacte. Il peut être en effet la conséquence d'un obstacle unilatéral et la cause de l'anurie ou bien la conséquence d'un obstacle bilatéral et purement ajouté à l'anurie.

Nous avons tenté de faire la part du mécanique et de l'infectieux dans ces 12 dossiers :

- Dans 5 cas, la septicémie est la cause de l'anurie :

. D'un côté, obstacle certain entraînant en amont une suppuration de la voie excrétrice : urines purulentes, abcès dans la parenchyme, pyonéphrose, P.P.N.

. Autre côté libre : l'U.P.R. à l'air, la montée de sondes, l'U.I.V. post-opératoire en faisant foi. Souvent d'ailleurs, de ce côté, on a trouvé une lithiase non obstructive.

. Septicémie gram - . Hémoculture + (3 fois à colibacille - 1 à moraxella - 1 à proteus).

Le drainage d'urgence de la voie excrétrice bloquée et infectée entraînant la reprise de diurèse et le contrôle rapide de la septicémie.

- Dans 2 cas, le mécanisme infectieux est moins net mais reste probable.

. Pour l'un d'eux (n° 22) : lithiase bilatérale. Fièvre à 40°, frissons, subictère, mais hémoculture négative chez un malade déjà traité par les antibiotiques. Reprise brutale, spontanée de la diurèse. Obstacle bilatéral + fièvre ou unilatéral et septicémie gram - .

U.I.V. de contrôle : sécrétion bilatérale.

. Pour l'autre (n° 19) : diabète et insuffisance rénale. Fièvre à 39°, frissons, douleurs à gauche, mais hémoculture - .

Tomographie : 2 gros reins.

U.P.R. et montée de sondes :

. à droite : obstacle certain à L4

. à gauche : obstacle douteux du bas uretère.

Après ces manoeuvres, hémoculture + à pyocyanique
Néphrostomie droite, cavités peu dilatées.

Reprise de diurèse.

A l'U.I.V. : côté gauche normal,

rein droit à peu près nul.

Ici encore, mécanisme discutable, anurie fébrile et septicémie déclanchée par l'endoscopie ou bien obstacle plus septicémie d'emblée.

- Dans 4 cas, anurie purement mécanique, obstacle bilatéral. Aucun phénomène septicémique, tableau peu ou pas fébrile (hémocultures, culture de cathéter : 0).

Lithiase bilatérale.

. Reprise spontanée de diurèse une fois, après montée de sondes 2 fois.

. Une seule intervention chirurgicale : urétéro-lithotomie droite, puis pyélotomie gauche.

Dans tous les cas, sécrétion bilatérale sur l'U.I.V. de contrôle.

- Un cas particulier enfin : femme âgée, goutteuse, très importante lithiase urique bilatérale négligée. Peu de fièvre. Néphrostomie n'améliorant en rien l'insuffisance rénale.

Décès. A la vérification : nécrose papillaire bilatérale.

En conclusion, on peut dire que :

1) La septicémie gram - est responsable de la moitié de ces anuries à 2 reins. Dans les cas où son rôle est douteux, elle constitue pour le moins un facteur aggravant sinon déterminant de l'anurie.

2) Les anuries purement mécaniques ont évolué dans un climat bien moins dramatique, pour aucune d'elles on a recouru à la néphrostomie.

3) Une insuffisance rénale aiguë sur lithiase ancienne, qui malgré la dérivation des urines ne se corrige pas, doit faire évoquer la nécrose papillaire.

Avant de clore ce chapitre, il nous faut évoquer le problème des "anuries réflexes":

- 18 de nos anuriques avaient 2 reins.

Pour 6 d'entre eux, d'une étude minutieuse des antécédents et d'un bilan urologique complet, l'unicité fonctionnelle est apparue. Ces malades, comme on l'a déjà dit, vivaient sur un seul rein la veille de leur anurie.

Pour les 12 autres, nous avons analysé, autant que faire se peut, les mécanismes de l'anurie.

. 5 septicémies gram - certaines où l'on est en droit d'incriminer la tubulopathie aiguë.

. 2 septicémies probables où ce mécanisme n'est que possible.

. 4 lithiases bilatérales obstructives.

. 1 nécrose papillaire enfin.

Si l'on admet que dans 5 cas la tubulopathie aiguë est en cause et que dans 1 cas c'est la nécrose papillaire, il reste 6 malades pour qui le fait d'agir d'un côté a assuré la reprise de diurèse. Or l'U.I.V. faite quelques jours plus tard affirmait la sécrétion bilatérale.

On peut donc penser qu'il y a eu tubulopathie aiguë passée inaperçue ou bien lithiase bilatérale simultanée ou successive. Le blocage de la voie excrétrice d'un côté suivant de très près celui de l'autre.

Rein unique fonctionnel, tubulopathie aiguë méconnue, obstruction simultanée ou successive nous semblent dignes d'intérêt. Evoquer un mécanisme réflexe reste très théorique.

Voici, à ce propos, ce qu'écrit Legrain : "Les faits rapportés ou constatés peuvent s'expliquer presque tous par les mécanismes suivants :

- Arrêt de la filtration glomérulaire par chute de la tension artérielle.

- Arrêt par lésion rénale aiguë réversible tubulointerstitielle.

- Et surtout, obstacle organique ou fonctionnel de la voie excrétrice.

Dans les rarissimes observations où ces mécanismes ne paraissent pas en cause, l'inhibition réflexe et son mode d'action exact doivent être prouvés par les recherches ultérieures".

3) La nature de la lithiase

Les chiffres parlent :

- 14 fois sur 27, lithiase unique,

- 2 calculs mous,
- 11 calculs phospho-calciques,

et nous incitent à revenir sur certains problèmes particuliers à la lithiase urique.

Il y a une dizaine d'années, LEGRAIN et FOCLIERINI évoquaient la gravité et les difficultés suscitées par certains aspects de la maladie. Ils qualifiaient de "malignes" les lithiases uriques mettant la vie en danger et invitaient à réviser les idées admises à leur propos : comme le caractère généralement bénin et rarement malin, et la faible proportion de lithiases uriques dans les lithiases compliquées. S'appuyant sur 8 observations de lithiases malignes, ils en évoquaient les traits essentiels : période initiale faussement rassurante, survenue rapide de problèmes infectieux sévères, rapidité d'évolution de l'insuffisance rénale aiguë, récupération lente mais importante de la fonction rénale.

Nos chiffres diffèrent largement des leurs puisque, pour nous, la lithiase compliquée est fréquente. Elle recouvre en effet la moitié des anuries calculeuses.

Hormis les proportions, nous retrouvons tout ce qu'ils avaient signalé et il nous semble utile de mettre l'accent sur certains aspects de la maladie.

D'abord, les problèmes diagnostiques liés à la latence de l'affection, ce qui explique que l'anurie soit souvent révélatrice. La radio-transparence qui appelle certains artifices techniques. De tout ceci, nous avons parlé plus haut.

De l'étude du terrain, nous avons tiré que la goutte est reconnue à peu près une fois sur deux et que dans deux cas, un diabète lui était associé.

Les calculs sont volontiers multiples, bilatéraux, à la fois pyéliqués et urétéraux. Ce fait oblige, lors de l'intervention, à assurer avec beaucoup de soins la liberté de toute la voie excrétrice. De même, avant de retirer une sonde de néphrostomie, il faudra rester très prudent et ne jamais omettre la pyélographie descendante et l'épreuve de clampage. Ces

calculs souvent nombreux sont mobiles et semblent se reproduire vite, ce qui explique que l'anurie puisse récidiver, en l'absence d'un traitement médical correct.

Une observation (n° 25) témoigne du caractère insaisissable de cette lithiase. Cette malade fait une première anurie, calcul urique uni-latéral droit avec septicémie. Néphrostomie puis extraction de la pierre. Suites simples. Retrait de la sonde après pyélographie descendante. U.I.V. de contrôle : les 2 côtés semblent libres.

Trois semaines plus tard, épisode mystérieux : diurèse vésicale mais fuite d'urine par le trajet de néphrostomie. Puis tarissement de la fistule et anurie sans fièvre. La montée de sondes est un échec. Lobotomie gauche : pas de calcul à la pyélotomie. Néphrostomie suivie d'une reprise de diurèse.

Ces anuries sont sévères :

- Dans 3 cas, il y eut septicémie.
- On a dû 5 fois faire appel à l'E.E.R. pré-opératoire.
- On déplore 3 décès.

Les calculs mous (2 cas).

Ici encore, radio-transparences de difficultés de diagnostic. Mais aussi problèmes opératoires : la voie excrétrice peut en effet être bouchée sur 7 à 8 cm par une gelée brunâtre dont l'extraction complète est fort laborieuse. Le tout se situant dans un contexte grave d'insuffisance rénale pré-existante. Pour l'une de ces malades, on a dû pratiquer l'E.E.R. pré-opératoire, l'autre a fait une septicémie. Dans les deux cas, à distance de l'épisode anurique, la fonction rénale est restée fort compromise (n° 5 et 8).

4) La signification de l'anurie dans l'histoire de la lithiase

Elle est toujours fâcheuse car elle révèle la gravité du processus évolutif de la maladie qu'on ne parvient pas à contrôler.

- Lithiase obstructive sur rein unique, la même maladie ayant conduit au sacrifice de l'autre rein.

- Grave lithiase bilatérale.

- Lithiase récidivée.

Et aussi parce que l'anurie aggrave toujours la lithiase, ceci est d'autant plus vrai que les phénomènes infectieux sont plus sévères.

II - LES OBSTACLES RETRO-PERITONEAUX - 10 observations

Habituellement, l'envahissement du rétro-péritoine est néoplasique (9 fois sur 10). C'est une gangue scléreuse et dense qui enserre l'uretère. Elle est souvent étendue, allant du détroit supérieur à la région lombaire. On peut en règle disséquer l'uretère en le sculptant dans la masse qui l'entoure. Mais cette libération est illusoire, la gangue péri-urétérale dont la biopsie a reconnu la nature va se reformer. D'où l'idée de transposer les uretères dans le péritoine.

Seule la néphrostomie dérivant au plus court, évitera l'anurie mortelle et donnera quelques mois de survie. Ces malades ne meurent pas d'anurie mais du cancer initial (métastase) ou des accidents de son traitement (septicémie sous chimiothérapie).

Dans une seule observation (37), la sclérose rétro-péritonéale n'était pas maligne. La malade prenait du Méthysergide. L'arrêt du médicament a permis une issue favorable après une évolution dramatique.

1) Aspects cliniques

a) Le schéma d'anurie à rechute sans lithiase = liposclérose, reste vrai.

. Anurie de survenue progressive, succession d'épisodes oliguriques.

Etat général restant souvent bon, survenue d'œdème des membres inférieurs, tandis que la voie excrétrice se distend et que l'azotémie s'élève.

. Tout ceci peut durer quelques mois, et un jour, l'anurie survient.

. Mais cette période préparatoire de l'anurie peut manquer ou être si discrète qu'elle passe inaperçue. On se trouve devant une anurie d'installation brutale fébrile voire septicémique assez souvent.

. De l'interrogatoire, de la présence d'une cicatrice d'intervention récente, d'un traitement radiothérapique, on tirera grand profit.

De même, une adénopathie - une masse abdominale - une image pleuro-pulmonaire témoigneront de l'extension du processus malin.

Les tomographies et l'abdomen sans préparation montreront la distension bilatérale volontiers asymétrique des 2 reins, l'aspect flou du bord externe des psoas.

L'U.P.R. à l'air donne souvent de très belles images, distension des voies excrétrices au-dessus de la margelle du petit bassin, uretères attirés vers la ligne médiane.

La montée de sondes enfin, souvent efficace, assurant temporairement la reprise de diurèse, vient compléter ce tableau.

b) Mais quelquefois, rien de tel, le diagnostic hésite. Les tomographies montrent des reins peu distendus, l'U.P.R. à l'air ne reconnaît pas nettement l'obstacle, la diurèse reprend plus ou moins bien par montée de sondes. L'interrogatoire et la clinique ne trouvent rien qui évoque le cancer.

L'un de nos malades (n° 34) posa ainsi de gros problèmes : anurie progressive variable sans fièvre, urée à 2 g/l. Des explorations usuelles, on ne tirait aucune conclusion. On pratiqua une biopsie rénale à l'aiguille et une artériographie sans progresser davantage, tandis que l'état biologique obligeait à 2 séances de dialyse. On finit par pratiquer une lombotomie du côté le plus distendu. On trouva : des cavités peu dilatées, mais une gangue peu urétérale atteignant le rein.

Histologie : cancer épidermoïde indifférencié. Ni l'exploration de la cavité abdominale lors d'une tentative d'urétérolyse, ni l'autopsie ne permirent de reconnaître le cancer initial.

Dans un autre cas, on aboutit au diagnostic de lymphosarcome, mais on ne put jamais en affirmer l'origine (n° 31).

On voit donc que ces liposcléroses malignes ne sont pas toujours d'un diagnostic aisé. On affirme la liposclérose, son caractère malin, mais on ne trouve pas toujours le cancer causal.

Dans notre seule observation de liposclérose avec prise de médicament, la clinique n'offre aucune particularité. La malade prenait depuis 2 ans, 2 comprimés par jour de Méthysergide pour des céphalées.

Anurie gravissime (K à 7,6 mEq), reprise de diurèse par montée de sondes. Lobotomie : cavités dilatées. Biopsie. Néphrostomie.

Histologie de la graisse biopsiée normale. Après des suites extrêmement troublées (phlébite, septicémie, hépatite), tout rentra dans l'ordre, les U.I.V. de contrôle montrant une amélioration nette de l'état de la voie excrétrice.

2) Etiologie de ces anuries par obstacle rétro-péritonéal

a) Nous l'avons déjà dit, le cancer domine de très loin. 8 fois sur 10, la métastase rétro-péritonéale fut prouvée histologiquement.

Dans 2 cas cependant, on ne trouva pas le cancer causal. Pour l'un, on parla d'épithélioma épidermoïde indifférencié, pour l'autre de lymphosarcome.

Dans les 6 autres cas, le cancer fut reconnu. Cancers très divers : sein, ovaire, rectum, pancréas, vésicule, opérés quelques mois auparavant.

b) Pour un malade, la toxicité du Méthysergide fut incriminée.

c) Reste un cas un peu mystérieux (n° 36). Anurie associée d'emblée à une septicémie. Aucun antécédent toxique ou néoplasique. L'étude de la graisse péri-urétérale affirma la liposclérose. La nécropsie permit d'en apprécier l'étendue. Rien ne permit d'infirmar ou d'affirmer la malignité.

d) Il convient, dans ce chapitre, de rappeler que là aussi, la septicémie gram - a sa place (5 cas).

Pour un malade, on la retrouve d'emblée (n° 36).

Pour les 4 autres, elle survient dans les suites : 2 cas de septicémies mortelles sous chimiothérapie, 1 cas à distance de toute intervention ou endoscopie, 1 cas, par contre, où les manoeuvres faites 48 heures auparavant sont peut-être en cause.

Conclusion

1) Une anurie à rechute sans lithiase a toutes les chances d'être une liposclérose.

2) Affirmer la malignité de la métastase péri-urétérale est en règle facile. Trouver le cancer responsable l'est souvent moins.

3) Gravité et fréquence des ennuis infectieux.

4) Pronostic d'ensemble effroyable.

III - LES OBSTACLES VESICO-PROSTATIQUES (12 cas)

Ce chapitre comporte 2 parties bien différentes :

- La première qui porte sur les obstacles néoplasiques du trigone et du bas uretère.

- La seconde qui décrit un mécanisme assez particulier d'anurie : l'obstacle urétéral et méitique par oedème.

1) Les atteintes cancéreuses vésico-prostatiques - 9 cas

a) Aspect clinique

Très souvent, l'anurie survient progressivement et connaît des phases de rémission.

Le cancer est en règle connu depuis longtemps et traité : cancer de prostate sous oestrogène, tumeur de vessie déjà biopsiée, cancer du col irradié.

Le terrain est mauvais et incite à faire vite des gestes simples.

Le toucher rectal et le toucher vaginal trouvent des lésions de diagnostic évident, car très étendues.

La cystoscopie est difficile : milieu trouble, muqueuse inflammatoire. Ces malades ont souvent une sonde à demeure depuis longtemps. Elle trouve les lésions tumorales, mais les orifices urétéraux sont impossibles à repérer, ce qui interdit leur cathétérisme.

On doit donc se contenter de voir la tumeur et d'en faire une biopsie pour assurer un diagnostic précis.

On dispose souvent d'U.I.V. antérieures à l'anurie.

Les tomographies rénales montrent 2 gros reins volontiers asymétriques.

Les urines sont presque toujours infectées

Bref : un diagnostic habituellement aisé chez un malade chronique en mauvais état général.

b) Le mécanisme et les cancers en cause

- 4 épithéliomas de la vessie,
- 3 de la prostate,
- 2 du col utérin.

L'aspect endoscopique est univoque, il est malaisé de différencier un épi vésical intéressant le trigone d'un épi prostatique propagé à ce dernier.

L'envahissement du trigone et du bas uretère est volontiers asymétrique avec prédominance d'un côté.

A l'autopsie, on découvre des lésions considérables intéressant la face postérieure de la vessie et remontant très haut sur l'uretère.

L'un de nos malades (n° 46) présentait un épithélioma prostatique important au toucher rectal, avec envahissement trigonal indiscutable. A l'examen de la pièce, le processus tumoral intéressant toute la face postérieure de la vessie outre le trigone, était relativement peu étendu en tant que tumeur prostatique, mais remontait en coulées néoplasiques jusqu'au détroit supérieur en enserrant les uretères.

Chez de tels malades, la voie excrétrice est toujours infectée, les septicémies ne sont pas rares, nous en comptons 3 (n° 48 - 41 - 42).

- L'une semble liée directement à un cathétérisme uréthral (n° 42).

- L'autre (n° 41) présente la particularité d'être staphylococcique.

- La troisième survient en cours de dialyse péritonéale chez une malade présentant une carcinose pelvienne (n° 48).

Enfin, 2 fois, nous avons fait appel à l'E.E.R.

2) Beaucoup plus intéressants sont les cas d'anurie par oedème urétéral (n° 45 - 51 - 52)

a) Voici l'histoire de ces malades :

- n° 45 : anurie 3 jours après adénomectomie avec cathétérisme urétéral.

Diurèse = 500 - urée : 1,90 - K : 7,7

On pratique immédiatement une taille vésicale.

On met en place 2 sondes urétérales. La diurèse reprend et, en 48 heures, tout rentre dans l'ordre.

- n° 51 : anurie après pyélorétrograde bilatérale faite pour hématurie.

Urée : 1,10

Il est à noter que, lors de la pyélographie gauche, il y eut sûrement effraction pariétale.

Cystoscopie : - à gauche, orifice bouché par un caillot que l'on mobilise,

- à droite, la sonde bute à 7 cm.

Reprise spontanée de diurèse, évolution simple.

- n° 52 : anurie après cathétérisme urétéral.

Reprise de diurèse par montée de sondes.

b) Le mécanisme de l'anurie :

CONWAY et BRICKNELL (J. of Urol., nov. 66) rapportent 3 cas d'anuries consécutives à la pyélographie rétrograde (18 cas publiés depuis 1923), et pensent que le facteur déterminant est l'oedème urétéral. Celui-ci est avant tout traumatique. Le rôle du produit de contraste ou d'antibiotiques mélangés à lui semble secondaire.

Nous verrons, au chapitre thérapeutique, la conduite à tenir.

IV - LES LSIONS PARIETALES DE L'URETERE

Dans ce chapitre, nous évoquons les problèmes soulevés par les anuries dont la cause n'est plus l'obstruction de la lumière urétérale par un agent étranger à l'uretère (calcul - sclérose péri-urétérale...), mais bien un mécanisme purement urétéral et exclusivement pariétal - que ce soit une tumeur de la paroi ou une solution de sa continuité.

Ce mécanisme est rare, nous ne comptons que 3 observations (38 - 39 - 40).

- Deux sont du même type (38 - 39) et correspondent à des processus tumoraux de l'uretère.

- L'autre (40) associe une rupture urétérale d'un côté à une contusion rénale de l'autre.

1) Etudions d'abord les 2 premiers cas :

Observation n° 38 : femme de 69 ans, rein unique gauche. Anurie de survenue progressive avec douleurs lombaires sans fièvre.

Cancer du sein gauche opéré 25 ans auparavant et du sein droit, 6 ans plus tôt.

C'est l'U.P.R. au produit de contraste qui fait le diagnostic. Sténose urétérale longue de 1 cm en regard de L5.

A l'intervention : la sténose correspond à une tumeur de l'uretère dont on fait l'exérèse suivie d'une anastomose urétéro-urétérale sur sonde.

Anatomopathologie : métastase d'un carcinome indifférencié pouvant être celle d'une tumeur mammaire.

Suites extrêmement simples.

La malade, revue quelques mois plus tard, va bien.

Observation n° 39 : femme âgée. Anurie progressive sur rein unique. Aucun antécédent néoplasique. A l'U.P.R. à l'air, rien de net, ce qui fait injecter du produit opaque. Obstacle à type de sténose du 1/3 supérieur de l'uretère.

La montée de sonde rétablit la diurèse qui reste normale à l'ablation de la sonde.

Une U.I.V. faite quelques jours après permet de voir la sténose. Celle-ci est incomplète, la voie excrétrice d'amont peu dilatée.

Un mois plus tard, même chose.

Mais deux mois plus tard : voie excrétrice normale, plus de trace de sténose - urée : 0,40 g/l.

Sténose urétérale de nature mystérieuse, évolution favorable.

2) L'observation n° 40 est d'une tout autre nature :

Jeune garçon de 15 ans, grave polytraumatisme, multiples fractures.

Hématurie importante, volumineux hématome lombaire droit probable.

A la 48e heure, anurie, arrêt du transit, météorisme abdominal. Indication opératoire. On profite de l'anesthésie pour injecter du produit opaque. Aucune opacification à la 1se minute.

L'exploration montre, outre une rupture de rate :

- un volumineux hématome rétro-péritonéal droit avec contusion polaire inférieure du rein,
- et une rupture de l'uretère gauche, 4 cm au-dessous du bassin.

Splénectomie - suture urétérale sur sonde.

Evolution favorable, reprise de diurèse.

U.I.V. de contrôle : sécrétion bilatérale moins bonne à droite qu'à gauche.

Au 3e mois :

- à gauche : importante dilatation pyélo-calicielle avec retard d'opacification;
- à droite : opacification précoce des cavités qui restent faiblement injectées.

LES SEPTICEMIES

19 cas

Nous avons déjà évoqué plusieurs fois cette complication au cours de notre travail. A chaque étage de la maladie, quelle que soit la cause de l'obstruction, la menace infectieuse existe.

Nous avons ainsi relevé :

- 11 septicémies sur lithiase,
- 5 " sur obstacle rétro-péritonéal,
- 3 " sur obstacle vésico-prostatique.

Ce chiffre de 19 cas sur 52 malades est impressionnant.

Il s'agit presque toujours de germes gram - (coli-protéus-pyocynique), et exceptionnellement de gram + : 1 cas de septicémie à staphylocoque.

Les combattre par les antibiotiques est souvent difficile : ils sont résistants d'emblée à la plupart d'entre eux. Force est donc de recourir à des antibiotiques majeurs et à des posologies qui, chez l'anurique, ne peuvent être ce que l'on souhaiterait qu'elles fussent. On sait que ces germes atteignent le parenchyme rénal en donnant 2 types de lésions :

1°) La pyélonéphrite aiguë dont l'aspect peut être la pyonéphrite ou la pyonéphrose.

2°) La néphrite tubulo-intestitielle aiguë par choc gram - , choc bactériémique qui peut sévèrement léser le rein, même si, cliniquement du moins, il a semblé bref et discret.

Cliniquement, 2 aspects :

1) La septicémie fait d'emblée partie du tableau clinique : 15 cas.

- Dans 11 cas, la septicémie est indiscutable et le tableau clinique univoque.

Survenue rapide de fièvre et frissons, assez souvent collapsus, parfois subictère venant témoigner de l'atteinte hépatique.

Leucocytose élevée. Hémoculture positive.

Le plus souvent, le même germe est présent dans le sang et dans l'urine.

La lombotomie découvre soit un foyer purulent (P.P.N., pyonéphrose, abcès intra-pérenchymateux), soit des urines purulentes dans des cavités dilatées.

- Dans 3 cas, les choses sont moins évidentes (11 - 22 - 42), mais la septicémie est probable, bien que l'hémoculture soit restée négative.

. Fièvre, frissons, pyonéphrose pour l'un.

. Le même tableau, enrichi d'un subictère pour l'autre.

. Fièvre, frissons, décès brutal après sondage vésical pour le troisième.

Deux faits sont à retenir chez ces malades à hémocultures négatives :

- Dans la plupart des cas, ils arrivent à l'hôpital en ayant eu des antibiotiques qui ont pu négativer l'hémoculture.

- Les décharges bactériémiques sont souvent brèves et il est logique de penser que l'hémoculture ne les saisit pas toujours.

Si l'on tient compte de ces 2 notions, on peut supposer que ce facteur infectieux joue un rôle bien plus important qu'on ne le croit généralement.

- Enfin, dans un cas, l'hémoculture et le culot urinaire ont reconnu un staphylocoque pathogène (n° 41).

2) La septicémie survient à distance de l'anurie : 4 cas.

C'est la complication survenant chez des sujets en mauvais état général, opérés, cancéreux souvent, en milieu hospitalier depuis longtemps.

- Dans 2 cas, septicémie sous chimiothérapie rapidement mortelle (30 - 31).

- Dans les 2 autres, survenue à distance de l'intervention motivée par l'anurie (35 - 37).

Nous avons essayé ensuite de préciser dans quelles circonstances ces septicémies étaient survenues et si, en particulier, les manoeuvres endoscopiques n'étaient pas en cause. Ceci bien sûr, pour les 15 malades qui ont présenté une septicémie, qui peut être la cause de l'anurie.

- Dans 10 observations, la septicémie n'a été précédée d'aucune manoeuvre urologique. L'obstacle sur la voie excrétrice est seul en cause.

- Dans 4 dossiers, par contre (n° 3 - 11 - 14 - 19), on trouve une montée de sondes dans les jours qui ont précédé la flambée infectieuse, et il semble bien qu'il y ait un lien entre les 2 événements.

- Pour 1 malade enfin (n° 42), la responsabilité d'un cathétérisme urétral apparaît clairement.

Il reste à donner une idée de la gravité de ces septicémies :

a) 4 malades sont morts sur 19 traités :

- 2 cancéreux sous chimiothérapie (n° 30 - 31).

- 1 carcinose péritonéale, accident infectieux en cours de dialyse.

- 1 post-soulage vésical (épithélioma vésical infiltrant).

On doit remarquer que ces 4 malades étaient cancéreux.

b) Les 15 évolutions favorables se répartissent comme suit :

- 11 septicémies sur lithiase.
- 3 sur obstacle rétropéritonéal.
- 1 sur obstacle vésico-prostatique.

Le traitement de ces septicémies est souvent d'une efficacité spectaculaire, à condition d'être double :

1 - L'antibiothérapie

Le choix de l'antibiotique est guidé, autant que faire se peut, par l'antibiogramme. Mais dans bien des cas, il faut traiter immédiatement et sans savoir à quel germe on s'attaque. L'association Céphalosporine-Gentamycine nous semble bonne. Se discutent alors les posologies :

- Pour la Céphalosporine : 4 à 6 g par 24 h.
- Pour la Gentamycine, il faut se montrer plus nuancé.

Utiliser quasi exclusivement la voie intra-musculaire et ajuster la posologie à la gravité de l'atteinte rénale.

. Chez l'anurique : on donnera 80 mg (soit 2 ampoules) en fin d'hémo-dialyse et non entre les séances. Dans le cas de dialyse péritonéale : 80 mg tous les 2 jours. Ceci pour un sujet de 60 kg.

. Une fonction rénale normale avec septicémie fera prescrire 40 mg toutes les 8 heures.

. Une clearance de la créatinine entre 10 et 20 ml/mn permettra 80 mg par jour en une seule injection.

. La même clearance à 10 ml/mn : 80 mg tous les 2 jours.

Enfin, en cas de traitement longtemps poursuivi avec fonction rénale aléatoire, on ajustera la posologie aux taux sanguins de Gentamycine.

Dès que la diurèse se rétablit, en pratique, on peut augmenter la posologie.

2 - Le drainage de la voie excrétrice

Il est en effet capital de mettre fin d'urgence à la rétention purulente en amont de l'obstacle.

Ces accidents septicémiques sont donc fréquents et graves. Ils ajoutent à l'anurie un risque considérable. Mais il ressort de ce que nous avons dit, que le traitement doit permettre, dans la grande majorité des cas, de les contrôler très vite et que les chances de succès sont d'autant plus grandes qu'il ne s'agit pas de cancéreux.

Reste un facteur dont nous ne pouvons évaluer la gravité. Ce sont les séquelles rénales de cette atteinte gram - . Dans la majorité des cas, nous ne savons rien de l'état rénal antérieur, nous ne disposons pas de biopsies rénales et nous manquons de recul pour juger des résultats à distance de l'accident anurique. Il semble que la restitution ad integrum en matière de tubulopathie soit loin d'être un fait constant.

PRINCIPALES DIFFICULTES DU DIAGNOSTIC

NOTIONS DE PHYSIO-PATHOLOGIE

Replaçons maintenant ces anuries par obstacle dans le contexte plus vaste des anuries. Nous mettrons ainsi en relief les autres causes d'I.R.A. qui peuvent en imposer pour un obstacle, ou bien, plus souvent incriminées un peu hâtivement, le faire méconnaître. Nous donnerons enfin quelques notions de physio-pathologie élémentaire des anuries par obstacle.

A - LE DIAGNOSTIC

On reconnaît 3 groupes d'anuries :

- Pré-rénales : dominées par l'ischémie rénale.
- Rénales : où nous retiendrons la septicémie et l'erreur transfusionnelle.
- Post-rénales : l'obstacle.

Nous allons nous intéresser aux 2 premiers groupes.

I - Causes pré-rénales

L'anurie est ici liée soit à une baisse de pression sanguine, soit à un déséquilibre hydroélectrolytique.

1) Les anuries par ischémie se voient après collapsus par hémorragie ou choc. Elles sont fréquentes et souvent graves, car traitées trop tard et surtout de façon insuffisante.

Les erreurs les plus fréquentes sont de 2 ordres :

- La sous-estimation des pertes sanguines et liquidiennes, surtout si elles ne sont pas extériorisées ou s'il y a saignement lent, en nappe et prolongé.

- L'appréciation du choc sur les seuls chiffres tensionnels qui, grâce à une vaso-constriction, peuvent rester au-dessus de 8 même en cas de choc sévère. Soulignons à cet effet le danger des vaso-presseurs.

Il est essentiel de connaître les éléments de surveillance :

- . Pouls - tension - diurèse horaire.

- . Mais surtout pression veineuse centrale (P.V.C.). Sa mesure est facile et d'un grand intérêt. On doit perfuser et surtout transfuser jusqu'à ce que la P.V.C. se situe à 12 cm d'eau environ.

Sur le plan biologique, il faut retenir que la natriurie est forte et la concentration uréique faible dans la néphropathie tubulo-interstitielle, alors qu'on voit le contraire dans la simple oligurie par déshydratation avec hypovolémie.

Une diurèse conservée n'élimine pas pour autant l'atteinte tubulo-interstitielle.

Enfin LEGRAIN insiste bien sur la fréquence des complications septicémiques à germes gram - chez les polytraumatisés.

Tels sont les grands traits de l'I.R.A. par ischémie.

2) Les déséquilibres hydro-électrolytiques se voient surtout en post-opératoire. On leur reconnaît 2 grandes causes :

- Les pertes d'eau et d'électrolytes mal compensées (vomissements - diarrhée - fistules) dont le résultat est la déshydratation extra-cellulaire.

- L'apport excessif de solutés hypotoniques qui conduit à une hyper-hydratation cellulaire.

Enfin, le terrain - l'état rénal sur lequel s'installe l'anurie, vient en grande partie en conditionner la gravité.

II - Les causes rénales

Nous en retiendrons surtout deux :

1) L'erreur transfusionnelle qui peut être source d'erreurs de diagnostic quand interviennent des agglutinines irrégulières incompatibles, ou quand elle est commise en per-opératoire.

Les signes d'hémolyse, la chute tensionnelle, le saignement anormal du champ opératoire imposent l'arrêt immédiat de la transfusion, la vérification des flacons, l'apport de sang frais compatible, le recours au manitol.

2) La septicémie gram -

Nous avons longuement parlé d'elle, insisté sur sa fréquence et sa gravité. Ici, elle était le phénomène infectieux associé à l'I.R.A. par obstacle, les manoeuvres endoscopiques portant souvent une lourde responsabilité dans sa survenue. Là, elle était la cause de l'anurie parce que l'obstacle était incomplet ou unilatéral.

Sa symptomatologie est parfois discrète : clocher thermique - frisson - collapsus installés soudain et bientôt disparus, mais n'en laissant pas moins derrière eux une sévère atteinte rénale.

Nous avons dit combien il fallait s'appliquer à saisir la décharge bactériénique par l'hémoculture : cet examen reste la clef du diagnostic.

Pour RICHET, HAMBURGER et CROSNIER, un facteur choc d'apparition brutale peut entrer aussi en jeu. Certaines conditions y sont particulièrement favorables : l'âge avancé, le diabète, l'artério-sclérose, l'insuffisance hépatique, les hémopathies malignes, les actes chirurgicaux, une corticothérapie antérieure.

Sur le plan histologique, la lésion rénale n'est pas univoque. On peut en effet rencontrer des aspects de néphrite interstitielle hémotogène - l'envahissement du parenchyme rénal

est le fait de germes charriés par le sang. Tous les intermédiaires peuvent se voir, de l'infiltrat diffus à la suppuration proprement dite. Ce mécanisme d'action directe du germe (comme dans les abcès multiples du rein) ne recouvre pas tout. Dans certains cas, en effet, on trouve une néphrite tubulo-interstitielle aiguë. Parfois l'infiltrat cellulaire diffus ou focal et l'oedème de l'interstitium dominant les altérations tubulaires, parfois c'est l'inverse. On ne voit donc pas de frontière nette entre la néphrite interstitielle et la néphrite tubulaire.

En pratique courante : devant une anurie, le chirurgien doit avoir ces 4 grandes options présentes à l'esprit : ischémie - erreur transfusionnelle - septicémie - obstacle. Mais il n'est pas rare que, chez un même malade, on ait de bonnes raisons d'en incriminer deux, voire trois simultanément. Ce fut le cas dans quelques unes de nos observations :

- Obstacle méconnu car survenu en post-opératoire; anurie attribuée au collapsus (n° 6).

- Tableau septicémique extrêmement sévère qu'on rattache difficilement et tardivement à un obstacle (n° 26).

- Anurie après très grave polytraumatisme où la lésion de la voie excrétrice passe inaperçue (n° 39).

Bref, des étiologies multiples et si souvent intriquées que, devant une anurie qui ne fait pas rapidement sa preuve, il faut être certain qu'il n'y a pas d'obstacle sur la voie excrétrice, et ne pas hésiter à entreprendre très vite les explorations urologiques.

B - NOTIONS DE PHYSIO-PATHOLOGIE

La sécrétion rénale est le résultat d'une ultra-filtration sous forte pression. Celle-ci est de l'ordre de 50 cm d'eau. La progression de l'urine à partir du bassinet est due au péristaltisme pyélo-urétéral.

I - Les données expérimentales

La ligature de l'uretère chez le chien entraîne 3 ordres de perturbations : manométriques - hémodynamiques - électrolytiques.

1) Perturbations manométriques

On note d'abord une accélération des systoles urétérales en amont de l'obstacle, peu à peu la pression diastolique s'élève, puis le péristaltisme est aboli. La pression pyélo-urétérale se stabilise et, quand elle atteint la pression de filtration, la sécrétion rénale s'arrête.

En réalité, l'équilibre se fait à un niveau plus élevé que celui de la pression de filtration physiologique. Les chiffres atteignent 80 cm d'eau. On attribue ce fait à un facteur vasculaire : il y aurait "adaptation" des capillaires des glomérules à ces nouvelles conditions.

Cette pression reflète, dans une certaine mesure, la valeur du rein. Normalement, elle est d'environ 40% de la pression artérielle.

2) Perturbations hémodynamiques (MURPHY et SCOTT)

- L'occlusion urétérale aiguë entraîne expérimentalement :

- . Un accroissement de 30% du débit artériel rénal.
- . Une chute de 32% de la résistance vasculaire rénale.

- . Un accroissement de 10% de la P_{O2} dans la veine rénale, et une élévation de la pression veineuse.

L'occlusion urétérale partielle est suivie de modifications en tous points semblables.

- Le blocage complet d'une durée supérieure à 24 h. donne des réponses absolument opposées à celles du blocage aigu. Par contre, ces réponses sont identiques à celles qui accompagnent la levée d'un obstacle de courte durée.

On voit donc que la vaso-dilatation rénale est la conséquence essentielle de l'obstruction aiguë de l'uretère et de la levée d'un obstacle de courte durée.

3) Perturbations hydro-électrolytiques

Le syndrome humoral de l'anurie chez l'homme est assez constant. En voici les grands traits :

- Rétention azotée. Des chiffres de plusieurs grammes par litre ne sont pas rares.

On sait que les troubles de conscience et les troubles digestifs sont liés à des azotémies élevées.

- Hyper-hydratation cellulaire.

- Deshydratation extra-cellulaire. Hémococoncentration. Protidémie élevée.

- Désordres électrolytiques.

 - . Hyponatrémie - hypochlorémie.

 - . Baisse des bicarbonates.

 - . Augmentation des sulfates - phosphates, mais surtout de la kaliémie.

- Equilibre acido-basique : R.A. et pH tendent vers l'acidose.

- Enfin, anémie - hyperleucocytose - troubles de l'hémostase.

Nous avons déjà dit que, pratiquement, les repères essentiels étaient : . la kaliémie,

. la réserve alcaline,

l'azotémie restant au second plan.

La lecture de rapports expérimentaux apprend que, chez l'animal, le syndrome biologique n'est pas toujours superposable à celui de l'homme. Ainsi, des études faites sur le rein de mouton (HARRIS - Mc DONALD - WILLIAMS) ont montré :

- De faibles variations de la natrémie, elle augmente faiblement : 2 à 3 mEq au 3e jour. La chlorémie par contre diminue de façon nette dans tous les cas (3 à 10 mEq).

- La calcémie baisse toujours, mais de façon modérée.

- Les bicarbonates s'élèvent de manière constante, nette et précoce (3 à 10 mEq en quelques heures).

- Le pH diminue légèrement (chez le rat, cette chute est beaucoup plus nette).

- La kaliémie augmente régulièrement durant toute la période d'anurie. La traduction électro-cardiographique en est facilement enregistrée. Mais cette hyperkaliémie croissante n'a pas été retrouvée de façon constante. Elle fût parfois discrète. Les auteurs soulignent le fait en indiquant que la survenue de diarrhée rend difficile l'interprétation des résultats.

- La protéinémie s'élève dans tous les cas.

- L'azotémie s'accroît de façon linéaire, mais il n'y a aucun rapport entre les chiffres de l'azotémie et la date de l'exitus.

D'autres auteurs (STECKER - JAY - GILLENWATER) ont remarqué, en expérimentant sur le chien, que c'est au bout d'une semaine que la perte de la fonction rénale est la plus intense. La filtration glomérulaire et l'élimination de l'acide para-amino-hippurique sont toujours alors nettement diminuées.

Dans les cas d'occlusion partielle de l'uretère, une légère amélioration apparaît vers la 16e semaine.

L'élimination du sodium n'a pratiquement pas varié, par contre celle des ions acides a diminué de façon constante et nette.

II - La tolérance du rein au blocage urétéral complet

La récupération rénale complète peut encore se faire au bout d'un mois. Passé ce délai, s'installe l'hydronéphrose, c'est-à-dire un état de distension chronique et irréversible du bassinet et des calices. Les remaniements sont tubulaires et vasculaires, peu à peu la pression s'abaisse.

Une partie de l'urine pyélique est réabsorbée par le rein. Enfin, le rein s'atrophie et se détruit.

Ces reins distendus peuvent donner lieu à un reflux pyélo-rénal. Sous la poussée de l'urine, les parois calicielles cèdent. Selon la pression, ce reflux intéresse les canaux collecteurs, le conjonctif sinusal, et va même jusqu'à l'effraction pyélo-veineuse. Lors d'U.P.R. ou de pyélographies sur de tels reins, il est prudent de n'injecter que sous contrôle manométrique.

Et surtout ces reins distendus de façon chronique sont menacés de pyélonéphrite ascendante. On a vu que l'urine pouvait fuser du bassinet vers le parenchyme. Si elle est stérile, les conséquences sont minimales; si elle est infectée, s'installe la pyélonéphrite chronique résultant de poussées répétées de néphrite aiguë interstitielle.

L'aspect est caractéristique : petit rein dont l'appareil excréteur est de taille normale, mais dont les calices sont remaniés : les pyramides érodées donnent, au fond du calice, une allure convexe ou triangulaire. A la coupe : les pyramides sont érodées, les tiges étirées, et surtout on trouve des travées de sclérose rayonnante allant des cornes calicielles à la capsule. Entre les travées, le parenchyme est sain.

Au microscope, la lésion caractéristique est l'infiltration interstitielle à leucocytes dissociant les néphrons.

III - Incidences pratiques

Pour qu'il y ait anurie excrétoire, il faut soit le blocage complet d'un rein unique, soit le blocage simultané ou successif à très court terme des deux reins. Dans le chapitre consacré au mécanisme des anuries, nous avons montré combien celui-ci était difficile à saisir de façon précise. Nous avons dit que l'anurie réflexe nous semblait une hypothèse et rien de plus. Par contre, le rein unique fonctionnel méconnu, le calcul urique, l'action des germes gram - restent des facteurs essentiels.

L'anurique qui souffre ou a souffert, a son meilleur rein du côté douloureux et récemment douloureux. C'est en effet

dans ce rein que règne la plus forte pression. A ce propos, il semble que la douleur soit déclenchée par l'hyperpression pyélique et non point urétérale.

Les images néphrographiques observées à l'U.I.V. indiquent que les molécules iodées ne passent pas dans la lumière des tubes, car la pression pyélique est trop forte. De là vient l'intérêt considérable de l'U.I.V. par perfusion et des clichés tardifs.

ooo

TRAITEMENT

Dans presque 1/4 des cas, l'anurique, à son entrée à l'hôpital, est dans un état biologique tel qu'une E.E.R. s'impose avant toute autre décision thérapeutique. Pour quelques uns, la simple montée de sonde suffira à rétablir la diurèse.

Mais, dans la grande majorité des cas, 40 sur 52, on doit opérer.

La nature de l'intervention est variable, mais la néphrostomie l'emporte de très loin sur les autres techniques : 27 néphrostomies, 6 urétérotomies. La simple pyélotomie, l'urétérotomie cutanée, le drainage d'un P.P.N. restent des faits isolés.

I - LA MONTEE DE SONDÉS

- Elle peut être le geste qui guérit l'anurie. Ce fut le cas pour 5 de nos malades :

. Deux lithiasiques : la sonde a mobilisé le calcul pour l'un (n° 2) et a libéré la voie excrétrice pour l'autre (n° 21).

. Le dossier 39 reste assez mystérieux quant au mécanisme de l'anurie et à la nature de l'obstacle urétéral.

. Enfin, nous avons dit plus haut que, dans le cas des malades n° 45 - 51 - 52, l'oedème urétéral était probablement le grand responsable de l'anurie. Dans 2 cas, la montée de sondes a été déterminante.

CONWAY et BICKNELL soulignent le caractère bénin des anuries après pyélographie rétrograde. Elles cèderaient le plus souvent en 4 à 5 jours, en s'aidant au besoin de corticoïdes. Mannitol

et antihistaminiques. S'il est utile de monter des sondes, ne faire qu'un côté.

Dans l'unique cas d'anurie après adénomectomie (n° 45), une nouvelle taille vésicale et la mise en place de sondes urétérales ont immédiatement fait reprendre la diurèse.

- Hormis ces cas particuliers où les sondes ont guéri l'anurie, ce moyen est, le plus souvent, insuffisant et non dénué de risques.

Nous avons en effet déjà évoqué les servitudes et les faiblesses des sondes urétérales laissées en place :

- . Contrôle radiologique quotidien car les soins, les changements de position du malade risquent de les faire bouger.

- . Faible calibre, donc risque d'obstruction, d'autant plus que les urines sont purulentes.

- . Danger infectieux considérable : il est probable que plusieurs de nos malades septicémiques le sont devenus après cathétérisme urétéral.

- . Moyen dangereux et peu "fiable", ses limites et ses risques ne lui enlèvent pourtant pas tout intérêt.

- . Nous avons vu qu'il pouvait guérir en rétablissant définitivement la diurèse.

- . Nous pensons qu'il peut améliorer, car il peut permettre de gagner du temps. Si on ne s'y fie que 12 à 24 heures, ce drainage peut grandement diminuer les risques d'une intervention.

Il nous semble peu raisonnable d'en attendre davantage.

II - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

A - Quatre fois sur cinq, on intervient et trois fois sur quatre on fait une néphrostomie.

a) Technique

Tout invite à faire une chirurgie rapide : le mauvais état général, l'infection, le décubitus latéral sur billot. Cependant, il faut bien voir, car il est ici plus qu'ailleurs souhaitable de tout bien faire de première main.

C'est pourquoi, la voie choisie habituellement est une lombotomie sur la 12^e côte, suffisamment longue en réséquant la côte si besoin est.

Abord premier de l'uretère, dissection du rein et de son bassinet permettant un bon jour sur la voie excrétrice.

- Soit alors on opte pour la néphrostomie seule :

Courte pyélotomie postérieure et inférieure, mise en place d'une sonde de Pezzer (dont on a partiellement découpé le chapeau) dans le calice inférieur, sortant par le pôle inférieur, l'aiguille de Couvelaire servant à passer le fil tracteur. Cette sonde est assujettie à la capsule par un point en cadre catgut chromé 00 aiguille sertie.

La sonde devra sortir par une contre-incision pariétale.

On choisit l'endroit de la paroi où elle vient se placer "naturellement", l'écarteur enlevé; c'est habituellement dans la partie antérieure de la lèvre inférieure de l'incision.

- Soit on fait débord une exploration aussi complète que possible des cavités excrétrices, puis une néphrostomie.

Ceci implique une dissection plus poussée du rein qu'on doit pouvoir manipuler facilement, et surtout du bassinet pour faire une pyélotomie large, aussi haute que possible dans le sinus du rein. Cet abord intra-sinusal étant largement facilité par l'emploi d'écarteurs "palpébraux", on doit disposer d'un jeu d'écarteurs de tailles différentes.

Dès lors, extraire un calcul, explorer les calices, la jonction pyélo-urétérale, l'uretère sous-jacent devient possible.

Ceci fait, on ferme le bassinet en laissant une sonde de néphrostomie placée comme nous l'avons indiqué.

Dans tous les cas, on prélève de l'urine pyélique qu'on envoie au bactériologiste, et des fragments de tissus suspects pour examen anatomopathologiste.

Souvent enfin, une biopsie rénale est utile au diagnostic.

On voit donc que cette intervention, qui comporte une néphrostomie, ne se limite pas toujours à elle seule et qu'elle peut conduire à une exploration très soignée de la fosse lombaire et de son contenu sans hésiter, si besoin est, à agrandir la branche abdominale de l'incision pour voir l'uretère jusqu'au détroit supérieur.

La sonde de néphrostomie pourra être utilisée pour des perfusions pyéliques visant à dissoudre les calculs. Dans tous les cas, elle ne sera retirée qu'après pyélographies descendantes ou U.I.V., sonde clampée, pour s'assurer de la perméabilité urétérale. Son retrait sera précédé de quelques jours de clamage.

b) Indications

Cette intervention peu mutilante, a l'intérêt de dériver au plus court l'urine.

Elle présente de grands avantages chez ces malades en I.R.A. par obstacle.

Deux grands types d'indications :

1) L'urgence quand il y a fièvre et, a fortiori, septicémie : comme moyen de drainage et véritablement de sauvetage, faite au plus vite et en réduisant la dissection au strict minimum sans chercher à explorer minutieusement la voie excrétrice.

2) La sécurité et la prudence : pour être sûr de lever l'obstacle définitivement et permettre au parenchyme de récupérer une fonction correcte, ceci d'autant plus que le rein est unique.

Sous couvert de cette néphrostomie, quand les perturbations dues à l'anurie ont disparu, on peut alors explorer tout l'arbre urinaire et voir si ce que l'on a fait est suffisant ou si un geste complémentaire - une urétérotomie le plus souvent - est nécessaire.

c) Mais cette intervention connaît des limites et des risques propres.

Tout d'abord, les ennuis de toute sonde laissée en place longtemps. Celle-ci doit être changée tous les mois environ, on doit s'assurer de sa perméabilité, de sa bonne position. A ce propos, nous rappelons que le premier changement de sonde ne doit pas intervenir avant la 3^e semaine. Une sonde qui tombe ou que l'on enlève malencontreusement avant ce délai, expose à une nouvelle intervention car il est souvent impossible et dangereux de la remettre à l'aveugle avant que son trajet ne soit "fait".

Ceci nous est arrivé 3 fois.

Dans un autre cas, un saignement important s'est fait jour par la sonde, obligeant à la retirer et, la diurèse s'étant tarie, à réintervenir (n° 6).

Les ennuis infectieux ne nous ont pas semblé majeurs.

L'évolution simple est la règle. La néphrostomie a un effet spectaculaire sur les rétentions purulentes des voies excrétrices. Nous redisons que, dans les cas de septicémie gram - , elle doit être pratiquée d'urgence. Un drainage correct et systématique de la fosse lombaire permet, dans les 10 jours, d'obtenir une bonne cicatrisation.

Reste le problème des infections urinaires traissantes, dues habituellement à des germes résistants (protéus, pyocyanique) dont on sait les effets redoutables sur le parenchyme que l'on combat au mieux en s'aidant de l'antibiogramme. On peut penser que la présence d'une sonde dans le bassinot est un facteur d'entretien de l'infection, c'est pourquoi il y a intérêt à la garder le moins de temps possible. Le délai cou-

rant est de l'ordre de 3 semaines - 1 mois. Mais il est essentiel de ne s'en défaire que si la voie excrétrice sous-jacente est sûrement libre.

Ceci nous conduit à parler des problèmes de la néphrostomie au long cours. Vivre avec une sonde en permanence dans le flanc, avoir le courage et la raison de se plier à ses impératifs, soulève bien des questions.

Deux de nos malades (n° 8 et 9) en témoignent :

- Dans le premier cas, il s'agit d'une femme jeune, mère d'une nombreuse famille, vivant dans un contexte social déplorable. Rein unique, lithiase molle pyélique avec empièchement urétéral. Plusieurs anuries entrecoupées de longues périodes où l'on perd complètement la malade de vue. Sonde non changée, ni remplacée quand elle tombe.

Lors de la dernière anurie, la néphrostomie fermée depuis 10 mois, la situation est dramatique (urée : 4,35 - RA : 10 vol). On recourt à l'E.E.R. avant de refaire une néphrostomie.

A distance de l'anurie, la fonction rénale est très basse (créatinémie à 30 mg/l) et l'état général bon. Il semble alors impensable, dans un tel contexte, de laisser à nouveau sortir cette malade avec sa néphrostomie. On pratique une urétéro-iléo-plastie totale (Dr BITKER).

Les suites sont fort simples; un mois plus tard, la malade est revue en excellent état général et gardant une fonction rénale inchangée.

- Dans le second cas : homme de 55 ans, rein unique, première anurie en 65, gros calcul unique de la jonction pyélo-urétérale, néphrostomie. Suites simples. Urée à 0,25. La néphrostomie sera gardée 3 ans. Ici encore, négligence du malade qui ne consulte pas, conserve pendant 6 mois la même sonde. Au cours de ces 3 années, surviendront au moins 3 épisodes anuriques. Lors du dernier, état général catastrophique (urée : 5,60 g/l), fonction rénale effondrée. Décès.

A l'autopsie : néphrite interstitielle majeure. Il ne reste presque rien du parenchyme et découverte d'un épi prostatique !

Ces 2 observations mettent bien en évidence le point faible de la néphrostomie : celui de sa tolérance pour une longue période. Elle doit être transitoire pour rester intéressante. Gardée longtemps, elle expose à des accidents anuriques itératifs qui dégradent un peu plus chaque fois une condition rénale déjà précaire.

C'est pourquoi, chez ces malades - d'autant plus que le rein est unique - dont l'uretère sous-jacent est si altéré, supprimer la sonde de dérivation est dangereux ; il faut savoir se décider assez tôt à faire une plastie urétérale, avant que les anuries répétées n'aient eu raison du rein.

B - Les autres interventions

- Avant tout, les urétérostomies. Nous en comptons 6.

Faite d'emblée, c'est souvent une intervention simple et rapide qui, extrayant la pierre urétérale, lève l'anurie.

Faite après une néphrostomie, c'est alors volontiers à un empièchement urétéral, ou un long calcul mou, qu'on doit s'attaquer. Ceci oblige à une longue voie d'abord, à une sonde laissée en place (sortant par la vessie ou par urétérostomie in situ), sous une paroi urétérale de mauvaise qualité se prêtant mal à la suture.

- L'urétérostomie cutanée : nous en trouvons 2 cas pour obstacle néoplasique de l'uretère pelvien.

- Enfin, quelques interventions isolées :

- . Drainage d'un P.P.N.
- . Extraction d'un calcul par pyélotomie.
- . Suture d'une rupture traumatique de l'uretère.
- . Résection d'un segment tumoral et suture de l'uretère.

I - Parlons enfin des patients réclamant d'urgence

l'E.E.R.

- 12 cas en pré-opératoire.
- 3 cas en post-opératoire.

Ces chiffres élevés s'expliquent par le fait que ces malades nous parviennent tardivement, rarement avant le 3e ou 4e jour, souvent au 7e ou 8e jour de l'anurie.

Ce retard thérapeutique joint au fait que la condition rénale antérieure était déjà précaire, explique la gravité des désordres biologiques.

On dispose de 2 moyens d'épuration : le rein artificiel et la dialyse péritonéale.

1) Le rein artificiel agit vite et bien, mais réclame un bon accès aux vaisseaux. Cela implique :

- Soit la création d'un shunt artério-veineux, geste qui risque d'être excessif chez un patient qu'on n'épurerà que pour un temps bref.

- Soit un abord percutané des vaisseaux. Cette technique n'a pas les inconvénients de la précédente, mais requiert un outillage particulier et une bonne pratique.

En outre, le R.A. se fait sous héparine, or le malade devra être opéré dans les heures qui suivront, pour en tirer le plein bénéfice.

Problème vasculaire et problème de coagulation qu'on ne peut affronter qu'en milieu médico-chirurgical spécialisé.

2) La dialyse péritonéale est beaucoup plus maniable.

L'absence d'héparinisation et la pose facile des cathéters rendent la méthode utilisable partout.

Par contre, l'action est moins rapide, et les risques infectieux du liquide intrapéritonéal sont certains (n° 48).

Donc, moyen peu rapide mais plus simple que le précédent, assurant une bonne correction des désordres, de l'acidose en particulier. Risque infectieux.

3) Les problèmes d'anesthésie sont multiples.

De tels malades doivent être confiés à des équipes entraînées averties des problèmes de réanimation que posent ces anuries : prudence dans les doses de médicaments, du curare surtout; recours à la ventilation artificielle le plus souvent.

Les critères sur lesquels on s'appuie pour décider de la dialyse sont de 2 ordres :

1) Cliniques :

Notion de terrain, de résistance du malade, mais surtout existence ou non de signes de surcharge (oedème pulmonaire).

2) Biologiques :

Comme nous l'avons déjà dit, ce n'est pas l'azotémie qui doit préoccuper le plus, mais le pH, la R.A., et surtout la kaliémie.

Les chiffres à partir desquels l'épuration est légitime :

. pH : 7,25

. RA : 15 mEq

. K : 6 mEq, en sachant que la kaliémie est souvent majorée par l'acidose et qu'on doit toujours surveiller de près l'incidence de cette hyperkaliémie sur le tracé E.E.G.

De ces données, on tire l'indication à l'épuration en sachant :

. que celle-ci ne se conçoit que si les manoeuvres pour lever l'anurie la rendent indispensable;

. et qu'en l'absence de signes de surcharge, même si les chiffres sont inquiétants, on pourra prudemment envisager de ne pas épurer. Cette décision tiendra compte de l'importance de

l'intervention, des possibilités d'anesthésie réanimation, et surtout de la certitude de l'efficacité du geste chirurgical. C'est alors que la perfusion de sérum bicarbonaté hyper et le lavement de Kayexalat sont utiles pour abaisser la kaliémie.

Quel que soit le moyen choisi - en ce qui concerne notre série de malades, le rein artificiel l'emporte sur la dialyse -, pour un malade épuré puis opéré, tout doit s'arranger en 48 heures. Si dans ce délai, la reprise de diurèse et l'amélioration biologique ne se font pas, c'est que la levée d'obstacle ne suffit pas. Le problème devient alors néphrologique et il y a lieu de poursuivre l'épuration.

Habituellement, la diurèse reprend, et cette période nécessite une surveillance très serrée :

- . Courbe de diurèse horaire les 6 premières heures, puis tri-horaire.
- . Variations de poids.
- . Chiffres de pouls et tension artérielle.
- . Enfin, assurer une bonne voie veineuse, car on peut être amené à perfuser vite de grandes quantités de liquide.

En pratique, il ne faut pas hésiter à prendre du retard sur la diurèse et à ne compenser que quand l'excès liquidien est éliminé. On doit se méfier d'une azotémie élevée sans grosse surcharge hydrosodée. Une forte diurèse osmotique peut entraîner alors une perte hydrosaline majeure responsable de collapsus hypovolémique.

Enfin, à partir du moment où le rein fonctionne à nouveau, on apporte du potassium en fonction des chiffres de la kaliémie.

Sous couvert de la surveillance que nous avons dite et de ces règles de réanimation, nous n'avons jamais observé d'accidents de reprise de diurèse. Ils doivent rester exceptionnels et ne se voient en tout cas que sur des malades non compensés.

Enfin, en ce qui concerne les antibiotiques, si la prudence est de mise dans le choix des doses pendant l'anurie,

une fois l'obstacle levé, on peut administrer une posologie normale.

Nous terminerons ce chapitre en insistant sur quelques points :

- L'anurie mécanique doit être reconnue et traitée très vite. Le geste à faire est souvent simple et ne requiert pas une haute spécialisation.

- La réanimation doit immédiatement tenir compte de l'anurie et prévoir l'avenir. La perfusion de bicarbonaté hyper peut certes diminuer les chiffres de la kaliémie, mais elle est aussi un facteur de surcharge. Elle implique donc qu'on soit certain de lever très vite l'obstacle.

- Trop souvent ces données simples ne sont pas prises en considération; la condition biologique désastreuse oblige à l'E.E.R. dont, quelques jours auparavant, on aurait pu se passer.

- Une surveillance attentive doit permettre, lors de la reprise de diurèse, d'éviter les risques de la levée d'obstacle.

De ce chapitre thérapeutique, nous dégagerons quelques idées :

- 1) L'anurie par obstacle est presque toujours chirurgicale.
- 2) La montée de sondes peut suffire à lever l'obstacle, mais, habituellement, elle est sans effet durable.
- 3) La néphrostomie demeure irremplaçable, mais doit rester transitoire. Elle s'impose d'urgence si la rétention est infectée.
- 4) 'E.E.R. pré-opératoire à laquelle nous avons dû faire appel dans un quart des cas, ne devrait pas occuper une telle place si ces anuries étaient diagnostiquées et traitées plus tôt.

LE TRAITEMENT DES ANURIES PAR OBSTACLE

Tableau 2

	<u>NEPHROSTOMIES</u>			<u>URETEROTOMIES</u>		<u>MONTÉE de SONDE</u>		<u>URETEROSTOMIE</u>	<u>EER</u>
								<u>CUTANÉE</u>	<u>PRE-OPÉRATOIRE</u>
LITHIASES									
• Rein unique A.	6	2	1	0	4				
• Rein unique F.	4	2	0	0	0				
• 2 reins	5	2	1	0	5				
OBSTACLE RETRO-PERITONEAL	8	0	0	0	1				
OBSTACLE VESICO-PROSTATIQUE	4	0	2	2	2				
LESION PARIETALE de l'URETERE	0	0	1	0	0				
TOTAL	27	6	5	2	12				

LES RESULTATS

I - RESULTATS DES 27 LITHIASES TRAITES

Sur 27 observations,

- 23 malades ont dû être opérés :
 - . 15 néphrostomies
 - . 6 urétérotomies
 - . 1 drainage de P.P.N. (n° 27)
 - . 1 pyélotomie (n° 23)
- 4 malades ne l'ont pas été :
 - . 2 reprises de diurèse par montée de sondes (n° 2 et 21)
 - . 2 reprises spontanées (n° 20 et 22)

Les résultats sont globalement les suivants :

- 14 guérisons dont
 - . 11 sans réserve pour l'avenir
 - . 3 moins satisfaisantes
- 7 malades présentant une I.R. résiduelle importante
- 5 décès

Nous avons défini 2 critères pour juger des résultats :

1) Ceux d'ordre urologique :

- Absence de douleurs lombaires
- Diurèse vésicale
- Voie excrétrice libre à l'U.I.V.
- Urines stériles et apyréxie

2) Ceux d'ordre néphrologique :

- Urée inférieure à 0,50 g/l

Clearance supérieure ou égale à 30 ml/minute

- Créatininémie inférieure à 15 mg/l

Clearance supérieure ou égale à 60 ml/minute

Mais nous nous sommes heurtés à des difficultés :

1) Dans la plupart des cas, nous ne savions rien ou bien peu de la fonction rénale avant l'accident anurique. Or, dans de nombreux dossiers, on trouve la notion de lithiase ancienne, récidivée et infectée, un terrain goutteux ou diabétique.

Tout ceci laisse à penser que le rein était déjà atteint avant l'anurie, et qu'il est bien malaisé de parler d'aggravation ou de récupération de la fonction rénale.

2) Le manque de recul :

Notre étude porte sur une période de 3 ans (67 à 70), ce qui fait que, dans l'ensemble, on ne peut guère raisonnablement se fonder que sur les résultats immédiats du traitement et les données des examens faits dans les mois qui le suivirent.

Il faudrait revoir tous les malades guéris, dans quelques années pour véritablement pouvoir parler de la qualité de leur guérison.

1) La première série de malades, ceux qui sont guéris : 14.

- 11 le sont de façon définitive. Ils satisfont aux critères urologiques et néphrologiques que nous avons énoncés plus haut. Pour ceux-là reste, bien sûr, la difficulté de la surveillance et de l'observance des règles hygiéno-diététiques afin que la lithiase ne récidive pas (n° 2 - 3 - 4 - 6 - 7 - 10 - 12 - 14 - 17 - 22 - 24).

- 3 le sont de manière moins satisfaisante.

. Le premier (n° 16), après l'anurie, présente une lithiase calicielle inférieure gauche et une infection urinaire persistante et rebelle qui fait envisager une intervention. Sa fonction rénale est correcte.

. Le second (n° 20), guéri de son anurie, a une bonne fonction rénale mais un rein gauche muet. Il est sorti sur sa demande, interrompant ainsi toute exploration.

. La troisième (n° 23) a gardé un calcul pyélique unique gauche. Comme il s'agit d'une obèse hypertendue, indocile, il nous a semblé prudent de ne pas intervenir et de faire confiance au traitement médical.

2) La deuxième série : 7.

7 malades qui gardent une insuffisance rénale importante avec des chiffres supérieurs à ceux que nous avons cités.

- N° 1 : femme jeune - lithiase récidivante sans qu'une hyperparathyroïdie ait pu être prouvée formellement.

Rôle aggravant considérable de l'anurie.

Urée : 0,75 - clearance 17 ml/minute

Créatinine : 3 mg/l - clearance 35 ml/minute

- N° 5 : femme âgée - septicémie, bon résultat sur le plan urologique, mais fonction rénale se détériorant.

Urée : 1,60 - infection rebelle à protéus.

- N° 8 : jeune femme - résultat urologique satisfaisant, urétéro-iléoplastie totale n'ayant posé aucun problème, mais fonction rénale catastrophique.

Urée : 1,40 - clearance 4,6 ml/minute

Créatinine : 30 mg/l - clearance 14,2 ml/minute.

- N° 19 : homme jeune, diabétique - septicémie, fonction rénale antérieurement médiocre, insuffisance rénale (créatinine 27 mg/l) à diurèse conservée.

- N° 21 : Anurie chez un goutteux traité à l'Amplivix et dont la fonction rénale était déjà probablement médiocre.

- N° 25 : femme âgée, éthylique - lithiase urique, anurie récidivante, double néphrostomie.

Insuffisance rénale encore modérée (créatinémie à 20 ml/l), mais la fragilité du terrain nous a incité à laisser en place la néphrostomie. Infection urinaire.

- N° 27 : septicémie - P.P.N. - lithiase bilatérale - rein droit muet - lithiase à gauche.

Urée : 1g - clearance 16 ml/minute

Infection urinaire +++

Chez ces 7 patients (dont 3 sont jeunes), l'existence d'une insuffisance rénale persistante, importante et évolutive, la présence d'une infection urinaire rebelle rendent le pronostic très réservé.

3) La troisième série : les malades qui sont morts (6).

- N° 9 : néphrostomie gardée 3 ans, négligée.

Insuffisance rénale terminale.

- N° 11 : femme âgée - anurie itérative, septicémie probable.

Insuffisance rénale brutale, 3 semaines après la 2e néphrostomie.

- N° 13 : femme âgée - insuffisance rénale persistant après intervention - hémorragie digestive.

- N° 15 : infarctus du myocarde lors d'une réintervention.

- N° 18 : insuffisance rénale brutale rebelle dans les suites de la néphrostomie.

- N° 26 : diabète - nécrose papillaire.

On voit donc :

- Qu'on a à peu près une chance sur deux de guérir, une sur quatre de passer le cap de l'anurie, mais au prix de séquelles, et presque autant d'avoir une évolution fatale.

- Que le pronostic est d'autant meilleur que :

- . le sujet est jeune,
- . l'accident anurique le premier,
- . la fonction rénale antérieure bonne,
- . et surtout, l'anurie calculeuse reconnue et traitée tôt.

II - RESULTATS DES 10 OBSTACLES RETRO-PERITONEAUX

- 9 d'entre eux étaient malins; nous avons déjà évoqué leur effroyable pronostic. Tous les malades sont morts dans l'année. Mais ils ne sont pas morts d'anurie pour la plupart. On a en effet rétabli la diurèse et une fonction rénale correcte. C'est la maladie cancéreuse qui, par son extension, l'éclosion d'une autre métastase, une complication de son traitement, a été fatale.

- 1 cas heureux de liposclérose non maligne, celui de la malade qui prenait du Méthysergide. L'arrêt du médicament, la montée de sondes suivie de néphrostomie ont conduit à une nette amélioration. La diurèse vésicale et la fonction rénale semblent vouloir rester stables.

Nous n'avons aucune expérience de la transposition des uretères dans le péritoire. Chaque fois, les circonstances nous ont fait la rejeter. Un état général très mauvais, des conditions locales effroyables, une nette amélioration à l'arrêt du toxique sont autant de raisons qui nous ont fait renoncer.

III - RESULTATS DES 12 OBSTACLES VESICO-PROSTATIQUES

On retrouve ici la même dualité : évolution fatale des anuries cancéreuses; guérison des autres.

- Les 9 malades présentant un envahissement malin du tri-gone et du bas uretère sont morts. Eux aussi sont morts de cancer et non d'anurie. Les survies sont plus longues ici que dans la série précédente. L'accident anurique a parfois régressé d'une manière étonnamment simple.

- Les 3 malades dont les anuries étaient dues à un oedème urétéral (après adénomectomie ou pyélographie) ont guéri très simplement et dans de très brefs délais.

IV - QUANT AUX LESIONS PARIETALES DE L'URETERE, dans les 3 cas le résultat fut heureux.

Nous avons vu que, sous cette rubrique, nous avons groupé des affections de natures fort différentes :

- 2 tumeurs de l'uretère dont l'une a été préséquée.
- 1 rupture traumatique d'un uretère associée à la contusion du rein adelphe.

CONCLUSIONS

1) Anurie calculeuse : 1 chance sur 2 de guérison. Dans les autres cas, le partage est à peu près égal entre les séquelles rénales et l'exitus.

2) Anurie cancéreuse : mortelle dans l'année. C'est le cancer qui est en cause et non l'anurie. Le pronostic étant un peu moins sombre pour les envahissements vésico-prostatiques que pour ceux du rétro-péritoine.

3) Guérison du seul cas de sclérose non maligne.

LES 27 LITHIASES

Observations :

1 à 9 : reins uniques anatomiques

10 à 15 : reins uniques fonctionnels

16 à 27 : anuriques à 2 reins

OBSERVATION N° 1

Mme HU... Jacqueline - 37 ans

19.4.69

- Anurie - lithiase récidivée sur rein unique gauche.
- Néphrostomie gauche + extraction de calculs.
- Hyperparathyroïdie possible.

1) Depuis 1957, crises douloureuses abdominales et lombaires.

- Février 64 : néphrectomie D : rein muet, distendu, lithiase urétérale (grossesse).

- 1968 : douleurs lombaires gauches - anurie, montée de sonde.

. Pyélotome G : coralliforme ?

. 24.1.69 : anurie - montée de sonde,
extraction par Dornia d'un calcul.

. mars-avril 69 : douleurs - rétentions infectées
montée de sonde

2) 19.4.69 : Tenon

Douleurs - anurie - 37,6°

Urée : 3,6 - K : 5,2 - R.A. : 10

. tomos : gros rein gauche + calculs.

. Néphrostomie G + pyélolithotomie : 19.4.69

- dissection difficile

- gros rein tendu, jaunâtre

Pyélotomie : pus franc

extraction de multiples calculs calici-

ciels et urétéraux.

2 néphrotomies

contrôle radiologique

sonde urétérale + sonde de néphrostomie

diurèse importante

24.4.69 : amélioration - bonne diurèse - urée : 1,50
persistance d'un calcul pyélique

21.5.69 : scintigraphie : mauvaise fixation, mais
homogène

U.I.V. : persistance du calcul pyélique
mauvaise opacification d'un rein de
taille moyenne

sort avec sa sonde de néphrostomie
biopsie osseuse : hyperparathyroïdie possible
I.R. sévère persistante

30.6.69 : diurèse entièrement par la sonde
Rx : aucune image calculeuse

Septembre 69 : perd sa sonde qu'on ne peut remettre
diurèse vésicale
U.I.V. : pas de calcul - aucune distension
pyélo-calicielle

Novembre 69 : état inchangé
doit revenir début 70 pour bilan et étude
des parath.

Bilans biologiques

- Octobre 68 : urée 0,43 g/l
- Novembre 68 : lombotomie - coralliforme
urée 1,39
- Mars 69 : calcul urétéral - Dormia
urée 0,72
E.C.B.U. = protéus
- 19 avril 69 : anurie Tenon
urée : 3,6 - K : 5,2 - RA : 10
pH : 7,37
- 22 mai 69 : sortie
diurèse : 3 500 ml
urée : 1,50 - K : 3,5 - RA : 20 - pH:7,29

créatininémie : 35 mg/l
clearances : urée : 13 ml/mn
 créatinine : 23 ml/mn
E.C.B.U. = 0

- Octobre 69 : diurèse : 3 800 ml
 urée : 0,75
 créatininémie : 38 mg/l
 clearances : urée : 17 ml/mn
 créatinine : 35 ml/mn
E.C.B.U. = 0

OBSERVATION N° 2

Mme VOU... Gratienne - 64 ans

Anurie sur rein gauche anatomique - lithiase urétérale
gauche - élimination spontanée du calcul.

Antécédents : néphrectomie droite - pyonéphrose calculeuse
1957

de 1957 à 1959 : aucune surveillance

Anurie brutale douloureuse le 14.4.68 - température : 38°

- Rx : calcul à la partie moyenne de l'uretère gauche
- Montée de sonde : reprise de diurèse
- Mais nouvelle anurie 48 h après : calcul bloqué au
méat urétéral.

Endoscopie = 0

- Elimination spontanée, 48 h après, de 2 calculs

U.I.V. normale 8 jours plus tard

Aucun élément en faveur d'une hyperparathyroïdie

Biologie : T : 38° - hémoculture -

1) Anurie

urée : 0,75 - K : 3,7 - RA : 21 - pH : 7,38

2) A la sortie (7 jours après) :

Urée : 0,45 - K : 3,55 - RA : 26 - pH : 7,36

Clearances : urée : 38 ml/mn

créatinine : 67 ml/mn

Infection urinaire à protéus

7.11.69 : va bien

U.I.V. normale

infection urinaire à coli à traiter

25.1.70 : va bien

phosphore un peu bas

OBSERVATION N° 3

M. DEL... Pierre - 70 ans

4.4.68 - 14.5.68

Anurie calculeuse sur rein gauche unique

1) 1954 : néphrectomie droite - pycnéphrose calculeuse

1959 : anurie qui cède à une montée de sonde G

nombreuses crises de colique néphrétique G +

émission de calculs

Fin mars : crise douloureuse - anurie

montée de sonde : obstacle infranchissable

à 22 cm

2) 4.4.68 : Tenon

- anurie - fièvre à 39°

urée : 2,25 - K : 5,9 - RA : 10 - pH : 7,13

- dialyse péritonéale : pH : 7,27

6.4.68 : U.P.R. pré-opératoire : calcul radiotransparent
de l'uretère lombaire

- Intervention : urétérotomie

. gros rein - parenchyme épais

. urétérotomie lombaire - pas de calcul - uretère
perméable

urétérostomie in situ
diurèse +++ par la sonde

7.4.68 : débâcle urinaire : 4,6 l
urée : 2,65 - 1,60 en 48 h
hémoculture + : pyocyanique

dilaté
12.4.68 : U.I.V. sous perfusion, sonde clampée
- image radio-transparente dans un bassinet
- image identique calice supérieur
- uretère visible sur toute sa longueur
réintervention décidée

16.4.68 : réintervention
- gros amas mou brunâtre dans le bassinet
avec un calcul solide
lavage - boue brunâtre
- sonde urétérale - fermeture pyélique

24.4.68 : - bonne diurèse vésicale, sonde urétérale
enlevée
- hémocultures - ; reste fébrile
- amélioration biologique : urée : 0,35

3.5.68 : aucune dilatation pyélocalicielle
uretère perméable
calcul : acide urique

16.5.68 : sortie
persistance d'une insuffisance rénale

Bilans biologiques

4.4.68 : à l'entrée, anurie
urée : 2,25 g/l - K : 4,30 mEq - RA : 10 mEq
pH : 7,13

7.4.68 : 24 h après intervention
diurèse : 4 100 ml
urée : 1,60 - K : 4,6 - RA : 19

17.4.68 : 24 h après réintervention
diurèse : 600 ml
urée : 0,55 - K : 4 - RA : 29

16.5.68 : sortie
diurèse : 1 500 ml
urée : 0,75 g/l
E.C.B.U. : pyocyannique

28.10.68 : urée : 0,55 - créatininémie : 13 mg/l
clearance urée : 47 ml/mn
clearance créatinine : 96 ml/mn
E.C.B.U. = 0

OBSERVATION N° 4

M. DA... - 48 ans

28.10.69 - 5.11.69

1) Rein unique anatomique - néphrectomie droite pour lithiase en 1966

Quelques mois plus tard : lithiase urique urétérale gauche traitée par endoscopie avec succès - cure de diurèse alcaline.

2) Entre 66 et 69, quelques crises de coliques néphrétiques et le 28/10/69 : crise violente et anurie

urée : 0,80 g/l

montée de sondes : obstacle du bas uretère franchi et reprise de diurèse - crise douloureuse - arrache la sonde et nouvelle anurie.

31.10.69 : urétérotomie d'urgence : 3 calculs uriques de l'uretère pelvien gauche - suture urétérale.

Suites simples

25.11.69 : E.C.B.U. = 0

Clearance urée : 46 ml/mn

Clearance créatinine : 86 ml/mn

Plusieurs hospitalisations pour 2 problèmes :

- une HTA modérée
- une image étrange du bord externe du rein gauche
(kyste probable à l'artériographie)

Mais revu en 70 : aucun problème urologique

U.I.V. - E.C.B.U.- fonction rénale
corrects.

OBSERVATION N° 5

Mme PHI... Henriette - 68 ans

Entrée le 24.4.69

Passage à Castaigne le 6.5.69

Anurie fébrile de constitution rapide sur rein unique
gauche

1) Néphrectomie droite en 1921 (tumeur du rein)

- anurie survenue en 48 h - T : 38,5°
- aucun signe fonctionnel
- quelques mois auparavant, hématuries et émission d'une
petite masse molle
- urée : 0,90 - K = N - hémoculture + protéus
- Rx : gros rein gauche
aucun calcul visible
- cystoscopie le 8.4.69
 - . flocons purulents masquant l'OCUG et gênant le cathé-
térisme
 - . sur cette constatation, on conclut à un obstacle

- Néphrostomie gauche immédiate
 - . rein tendu, augmenté de volume
 - . bassinot tendu contenant du pus sous pression
 - . néphrostomie polaire inférieure - biopsie
 - . biopsie rénale : néphrite interstitielle aiguë
 - . prélèvement de pus : protéus

Evolution simple et favorable

- . reprise de diurèse
- . le 23.4 : urée à 0,75

U.I.V. : cavités pyélo-calicielles normales

uretère légèrement dilaté - lacune irrégulière
sur l'uretère pelvien - ébauche de sténose de l'uretère terminal

Pyélographie descendante : obstacle radio-transparent
de l'uretère pelvien

2.5.69 : urétérotomie gauche

- uretère gros, légèrement inflammatoire -
rempli de calculs
- extraction d'un volumineux calcul mou qui
moule la quasi totalité des 5 derniers centimètres de l'uretère
- vérification à la bougie - fermeture sur
sonde urétérale modelante (14) sortant par la paroi vésicale

18.5.69 : bon EG

- épreuve au bleu par la sonde de néphro :
voie excrétrice perméable
- U.I.V. : pas de distension pyélo-calicielle
- bon remplissage vésical - on ne voit pas le bas uretère, mais
aucune stase d'amont - retrait de la sonde le 11.6.69

20.6.69 : convalescence mais :

- fuite urinaire par la médiane
- pyocyanique dans les urines
- sonde vésicale

11.9.69 : bon EG

fistule fermée

retrait de la sonde vésicale

15.9.69 : U.I.V.

- injection précoce des cavités excrétrices

l'uretère n'est pas vu nettement, mais pas
de stase et remplissage vésical précoce

29.11.69 : - état urologique inchangé

- mais aggravation de l'insuffisance rénale

. urée : 1,20 - 1,60

. infection à protéus

Traitement : régime - AB amélioration

Revient dans 2 mois

Bilans biologiques

6.4.68 : à l'entrée, anurie

urée : 0,90 g/l - K : 4,9 mEq - RA : 19 mEq

19.4.69 : 24 h après néphrostomie gauche

Diurèse : 1 300 ml

urée : 1,65 - K : 4,1 - RA 24

5.5.69 : 72 h après urétérotomie

diurèse : 2 600 ml

urée : 1,10 - K : 4,5 - RA : 12

20.6.69 : convalescence

diurèse : 1 400 ml

urée : 0,90 - K : 3,6

E.C.B.U. : pyocyanique

24.12.69 : diurèse : 2 500 ml

urée : 0,75 - créatininémie : 11 mg/l

clearances : urée : 10 ml/mn

créatinine : 20 ml/mn

E.C.B.U. = 0

OBSERVATION N° 6

M. SI... Henri - 61 ans

Anurie sur rein gauche unique - lithiasse urique urétérale gauche

1) HTA

- découverte d'une HTA en 1965
- U.I.V. en 1968
 - . gros rein gauche
 - . petit rein droit atrophique
- néphrectomie droite conseillée par le Pr MILLIEZ, le malade néglige de le faire
- juin 1969 : rein droit atrophique exclu
HTA 20/10

2) Néphrectomie droite le 9.1.70

- urée : 0,96
- pas d'U.I.V. pré-opératoire
- néphrectomie difficile - 12 flacons de sang
- collapsus post-opératoire
- réintervention : 400 ml de sang dans la loge rénale
- + réanimation : collapsus jugulé
- 5e jour : oligurie
- montée de sondes : reprise de diurèse et découverte dans la vessie d'un calcul, petit et radio-transparent
- uricémie : 91 mg/l
- retrait de la sonde le 3e jour (l'urine passe à côté)
- nouvelle chute de diurèse - anurie avec azotémie élevée

3) 18.1.70 : Tenon

- anurique, pâle, très asthénisé - urée : 5,40
- suppuration et désunion de la lombotomie droite
- culture : protéus
- le 18.1.70 : montée de sonde gauche
- reprise immédiate de la diurèse, mais l'azotémie reste élevée : 5,10

- le 20.1.70, on pratique :
 . une hémodialyse
 . une UPR à l'air qui est ininterprétable et oblige à injecter un peu de produit opaque
 lithiase radio-transparente calicielle et urétérale

- le 20.1.70 : néphrostomie gauche
 . rein de bonne taille - cavités peu dilatées
 . plages cyanotiques sur le rein
 . néphrostomie qui assurera la diurèse et permettra d'injecter des solutions dissolvantes
 . Cummings
 . reprise de diurèse et amélioration de la fonction rénale

- 3.2.70 :
 . suppuration des 2 lombotomies : protéus et pyocyanique
 . stomatite intense
 . fonction rénale améliorée

Mais : saignement important par la sonde de néphrotransfusion - on retire la sonde, le trajet ne peut être à nouveau cathétérisé

anurie

On décide de réintervenir
 . U.P.R. : obstacle urétéral

- 3.2.70 : urétérotomie G : iliaque sous-péritonéale
 . gros uretère, bourré de caillots - calculs ?
 . lavage - vérification de la perméabilité
 . grosse sonde urétérale passée à travers la vessie, sortant par la paroi

. Evolution :

. bonne diurèse - amélioration rapide de la fonction rénale

. le 14.2.70 : urée à 0,70

. crise de goutte sous Zyloric

23.2.70 :

. retrait de la sonde urétérale - urée : 0,45

. bonne diurèse vésicale

. U.I.V. : bon parenchyme - calice bassinets non dilatés - uretère perméable

. traitement Zyloric

Bilans biologiques

18.1.70 : Tenon - anurie

urée : 4,80 g/l - K : 5,7 mEq - RA : 15 mEq

20.1.70 : après EER + sonde urétérale : diurèse 2 500 ml

urée : 2,55 - K : 4 - RA 19

3.2.70 : 10e jour après néphrostomie, hémorragie par la sonde

diurèse : 3 000 ml

urée : 1,60

créatininémie : 17 mg/l

clearance créatinine : 89,5 ml/mn

18.2.70 : 15 jours après urétérotomie

diurèse : 1 800 ml

urée : 0,40

créatininémie : 23 mg/l

OBSERVATION N° 7

M. CAR... Albert - 79 ans

4.8.69 - Montreuil - 2.9.69

ANURIE CALCULEUSE - rein droit unique - chez un goutteux

- aucune notion de la fonction rénale antérieure
- néphrectomie gauche en 1929 - pyonéphrose calculeuse

probable

- anurie de survenue rapide précédée de clochers thermiques et de douleurs

1) Montée de sonde sans effet - la sonde butte à la jonction - le produit opaque ne passe pas

2) Néphrostomie droite le 5.8.65

- extraction d'un volumineux calcul pyélique unique
- calices - uretères libres
- émission d'urine très abondante immédiate

A. path : calcul uratique

3) Ablation de la sonde après épreuve de clampage

27.8.65 : sortie en bon état général

fonction rénale très altérée

traitement : diurèse

Zyloric - Colchimax

4.10.69 : U.I.V.

- calculs = 0
- sécrétion = N - rein : 4 vertèbres
- pas de dilatation pyélo-calicielle
- uretère libre - parenchyme épais

Bilans biologiques

4.8.69 : à l'entrée, anurie

urée : 2,25 g/l - K : 5,8 mEq - RA : 12 mEq

7.8.69 : 72 h après néphrostomie
diurèse : 4 600 ml
urée : 1,55 - K : 3,4 - RA : 25

27.8.69 : 3 semaines après néphrostomie
diurèse : 2 100 ml
urée : 0,40
créatininémie : 15 mg/l

4.10.69 : fonction rénale normale
E.C.B.U. = 0

OBSERVATION N° 8

Mme HUG... Monique - 29 ans

19 janvier 1969

22 décembre 1969

Anuries itératives sur rein droit unique - urétéro-iléo-
plastie totale

1) Néphrectomie gauche en 1967 - pyonéphrose calculeuse

2) Anurie calculeuse en janvier 1969

- fièvre à 40°
- urée : 2,49
- état général bien conservé

. montée de sonde : débâcle d'urines purulentes, mais
la sonde se bouche

clochers thermiques

. néphrostomie droite : 23.1.69

gros rein oedématisé

volumineux calcul mou bloquant tout le bassinet

urines purulentes sous pression

. sortie le 4.2.69 : pyélographie par la sonde montrant de nombreux calculs mous dans l'uretère

E.C.B.U. : pyocyaniques

3) La malade, négligente, vivant dans de mauvaises conditions, ne se présente pas aux consultations - la sonde tombe et n'est pas remplacée

Diurèse par les voies naturelles

Episode anurique transitoire - régressif spontanément, traité à Lariboisière (8 jours d'hôpital ?)

4) Nouvelle anurie le 19.9.69

- crises douloureuses - fièvre à 40°

- radio sans préparation : calcul opaque en avant du sacrum

. montée de sonde : arrêt à 15 cm

. U.P.R. à l'air : arrêt au détroit supérieur

. dialyse péritonéale : urée : 4,35 - RA : 10 vol

. puis nouvelle néphrostomie droite :

cavités distendues

contenu purulent sous pression

- Amélioration clinique et biologique moins rapide que lors du premier épisode - fonction rénale très altérée.

Le 4.11.69 : part en convalescence

5) Urétéro-iléo-plastie totale droite le 21.11.69

(Dr BITKER)

- suites extrêmement simples

- bon fonctionnement contrôlé par pyélographie avant retrait de la sonde

- mais insuffisance rénale grave

- 22.12.69 : maison de repos - bon état général

Bilans biologiques

I - 16.1.69 : première anurie - Tenon

urée : 2,40 g/l - K : 4,15 mEq - RA : 12 mEq

3.2.69 : 10 jours après néphrostomie

diurèse : 1 500 ml

urée : 0,65

4.5.69 : 2 mois plus tard

urée : 0,55

créatininémie : 9,5 ml/l

E.C.B.U. : pyocyanique - protéus

II - 18.9.69 : deuxième anurie - Tenon

urée : 4,35 - K : 5,7 - RA : 10

20.9.69 : 24 h après néphrostomie précédée d'E.E.R.

diurèse : 300 ml

urée : 3,95 - K : 4 - RA : 15

27.10.69 : un mois et demi plus tard

diurèse : 1 700 ml

urée : 0,80

créatininémie : 41,5 mg/l

Clearances urée : 14 ml/mn

créatinine : 30,3 ml/mn

E.C.B.U. : protéus

III - 3 semaines après urétéro-iléo-plastie

diurèse : 1 700 ml

urée : 1,40

créatininémie : 30 mg/l

clearance urée : 4,65 ml/mn

clearance créatinine : 14,2 ml/mn

E.C.B.U. : klebsiella

OBSERVATION N° 9

M. SEJ... Jean-Louis - 55 ans

Mai 67 - octobre 68 - exitus

1) 1934 : néphrectomie droite pour tuberculose rénale non prouvée formellement

2) 1965 : anurie calculeuse

Après 31 ans de calme, survenue de coliques néphrétiques G, intenses, rebelles au traitement (urée : 1,60 - oligurie)

Radio sans préparation normale

15.7.65 : lombotomie gauche - extraction d'un gros calcul de la jonction pyélo-urétérale après de gros problèmes de dissection par urétérotomie

néphrostomie gauche

Septembre 1965 :

- bonne diurèse - bon état général
- urée : 0,25 - TA : 13/8
- sortie avec une sonde de néphrostomie

Analyse du calcul : acide urique

3) Janvier 66 : néphrostomie

- diurèse vésicale - polurie - pollakiurie nocturne
- le malade déclampe sa néphrostomie 2 fois par jour - la sonde n'a pas été changée
- urée : 0,30

4) Février 67 :

- changement de sonde
- brûlures mictionnelles - pus dans les urines
- urée : 1,10

Avril 67 :

- asthénie + hématurie + brûlures mictionnelles

Mai 67 :

- hospitalisation service ABOULKER
- oligurie - urée : 2,90 - K : 8 mEq
RA : 15 mEq
- radio : empièchement pyélique

5) 10 mai 67 : 1er épisode anurique - Tenon

- urée : 3,30 - K : 6,1 - RA : 13,5
- diurèse : 300 ml
- E.C.B.U. : protéus
- dialyse péritonéale

Radio : empièchement pyélique radio-opaque

Reprise massive de diurèse : 4 1/24 h en 8 jours
urée à 1 g

6) Juillet 67 (Pr CONTE)

- a fait une hématurie grave - toutes les explorations sont restées vaines - gastrite ?
- ne saigne plus le 23 juillet

On décide (Pr RICHET)

a) de tenter de dissoudre les calculs pyéliqués par perfusion (PH₄, puis bicarbonates)

b) dans un 2e temps, de libérer la voie excrétrice :
sténose de la jonction pyélo-urétérale et urétéro-vésicale

7) Août 67 :

- succès de la perfusion pyélique
- U.I.V. sous perfusion sonde clampée :
 - . calcul radio-transparent pyélique
 - . 2 sténoses : - pyélo-urétérale
 - urétéro-vésicale
- bonne diurèse vésicale (2 litres)
urée : 0,85 - protéus

Sortie - Retour prévu en septembre pour intervention

8) Février 68 : 2e épisode

- n'a pas consulté depuis août 67, ni fait changer la sonde
- aggravation de l'IR
urée : 3,35 - K : 6,4 - RA : 12

- dialyse péritonéale, et en 10 jours :
 - . diurèse : 5 l
 - . urée : 1,65 - K : 5,1 - RA : 21

Mars 68 : - uretère à peu près entièrement sténosé
- diurèse quasi exclusivement par la sonde
- on évoque une plastie de l'uretère
Sortie

9) Octobre 68 : 3e épisode

- hématurie
- infection urinaire
- aggravation de l'IR
- nouvelle hématurie
- changement de sonde : urée : 5,60 - 2,95

Fin octobre 68 : masse pelvienne - mauvais état général
urée : 4,6 - K : 7 mEq
exitus

Autopsie : néphrite interstitielle majeure - il ne reste presque rien du parenchyme - parenchyme rénal envahi par des métastases d'un épi-prostatique

OBSERVATION N° 10

M. SAN... Edouard - 76 ans

13.2.68 - 9.3.68

Lithiase urique bilatérale - rein droit muet - septicémie

4.2.68 : anurie

SUG — reprise diurèse

U.I.V. du 92 : rein droit muet

14.2.68 : échec de montée de sonde - coxarthrose bilatérale
urée : 1,50 g

15.2.68 : urétérotomie bilatérale

- uretère gauche : UPR per-opératoire - calcul de la taille d'une noisette à la jonction pyélo-urétérale - uretère sous-jacent libre

on sort la sonde à travers la vessie et la paroi abdominale

- uretère droit : peu dilaté - urine purulente - la sonde ne peut passer dans l'uretère sous-jacent - urétérotomie "in situ"

Reprise de diurèse par les 2 reins avec la même concentration uréique

Pyocyanique par la sonde urétérale droite et dans la plaie

Evolution

- favorable; 8.3.68 : urée à 0,25
- récupération fonctionnelle des 2 reins alors que le rein droit était muet le 9.2.68
- calcul pelvien gauche non vu sur l'U.I.V. du 6.3.68

Allopurinol - Bicarbonate - Vichy

OBSERVATION N° 11

Mme MEU... Louise - 72 ans

Entrée le 6.6.69

Exitus le 22.9.69

1) Admise en urgence - anurie évoluant depuis 10 jours environ - fièvre + frissons

- Antécédents de : douleurs - hématuries - émission de sable urinaire

- U.I.V. quelques mois auparavant :

. sécrétion : N

. rein droit petit, à peu près nul

. rein gauche : taille normale, cavités un peu dilatées, calcul pyélique

- Montée de sonde gauche : correction des désordres hydro-électrolytiques sans épuration

- Néphrostomie gauche : la sonde urétérale n'était plus en place - grosse périnéphrite (petit abcès polaire inférieur) - urines purulentes - 2 calculs : . 1 pyélique

. 1 calice moyen

Néphrostomie - Cummings

Amélioration - retrait de la sonde

2) le 11.7.69 : diurèse basse, nouvelle montée de sonde

le 12.7.69 : nouvelle néphrostomie

reprise de diurèse

le 18.7.69 : clampage - fuite autour de la sonde -
montée de sonde urétérale

3) Sonde urétérale 0 - UPR : obstacle 1/3 sup uretère

Sonde de néphro 0

2.8.69 : nouvelle néphrostomie

amélioration nette

pyélographie : sténose infranchissable de la
partie supérieure de l'uretère

On décide de laisser la sonde en place et d'envoyer la
malade en convalescence.

4) le 22.9.69 : coma - collapsus

urée : 2,90 - pH : 7,70 - RA : 5 mEq

exitus

Bilans biologiques :

- 7.6.69 : à l'entrée Tenon

urée : 2,50 g/l - K : 6,9 mEq - pH : 7,42

- 20.6.69 : 10 jours après néphrostomie
diurèse : 1 700 ml
urée : 1,55 - K : 4,1 - RA : 17
créatininémie : 26 mg/l
- 15.7.69 : 3 jours après la 2e néphrostomie
diurèse : 1 200 ml
urée : 1,05 - K : 4,10 - RA : 16
- 1.8.69 : 10 jours après la 3e néphrostomie
diurèse : 900 ml
urée : 1,50 - K : 3,8
- 25.8.69 : sortie avec sonde
diurèse : 1 000 ml
urée : 1 g/l - K : 4,6
créatininémie : 43 mg/l

OBSERVATION N° 12

M. RED... Jacques - 57 ans

9.4.69 - 22.4.69

Rein fonctionnel gauche unique - urétérotomie - lithiase
pyélique unique - récupération

1947 : première crise de goutte - depuis, 2 crises par an

1950 : première crise de colique néphrétique, puis nouvelles crises l'année suivante

1969 : février (Lagny) - anurie

- à gauche : montée de sonde facile, reprise de diurèse

- à droite : impossible

Intervention à droite : voie iliaque = uretère, bassinets, reins : aucune distension, aucune dérivation

L'urée passe de 2,70 à 0,57 g en quelques jours

U.I.V. à droite : rein muet

à gauche : pas de dilatation, mais calcul
pyélique radio-transparent

1969 : avril : nouvelle anurie

Montée de sonde gauche faite sans succès

Lombotomie : extraction d'un calcul urique de l'urètre - pas de néphrostomie, ni de sonde urétérale

Reprise de diurèse : 1,5 l/24 h, mais l'urée sanguine reste élevée : 3,30 g/l - urée urinaire : 30 g/l -

RA : 17 mEq/l

Surtout, natrémie : 160 mEq et fièvre à 38°6°

Passage à Tenon : hémocultures -

Sous réanimation et sans épuration extra-rénale, les désordres se corrigent, et

le 21.4.69 : urée à 0,45 g/l

le 16.4.69 : U.I.V. : cavités non dilatées, pas de calcul

La cause de l'IR post-opératoire reste obscure (septicémie ou déshydratation), de même que la mutité du rein droit

Septembre 70 : va bien sous Zyloric (uricémie : 55 mg/l)

- E.C.B.U. = 0

- créatininémie : 17 mg/l

- urée : 0,70 g/l - clearance : 123 ml/mn

- Na : 130 mEq/l

- U.I.V. sans changement

OBSERVATION N° 13

Mme REN... Georgette - 70 ans

27 juin

12 juillet

Anurie - rein fonctionnellement unique
coralliforme gauche

tomos : ininterprétable

montée de sondes : D = 0 - UPR $\pm$ interprétable

G : reprise de diurèse

néphrostomie gauche + ablation du calcul

I.R. à l'entrée : urée 3,25

après l'intervention : urée : 1,50

hémorragie digestive

exitus le 18

Autopsie : - atrophie rein droit

- pyélo-néphrite gauche

- pas d'obstacle gauche

OBSERVATION N° 14

Mme MEY... Renée - 34 ans

9 juillet 1968

8 août 1968

Insuffisance rénale aiguë - rein droit fonctionnellement unique - septicémie gram - - calcul uretère droit

1) Juin 1968

- douleurs lombaires droites + fièvre + 21 000 blancs
urée à 2 g

- gros rein droit palpable

- radio abdomen : petit rein gauche - gros rein droit -
pas de calcul

- cathétérisme urétéral facile des 2 côtés

- UPR : G aspect normal

D obstacle au tiers supérieur - uretère refoulé
en dedans

A la suite de ces manoeuvres, bonne diurèse
urée à 0,20

2) Juillet 68 : admission à Tenon (9.7.68)

- fièvre à 40° + vomissements + oligurie
- urée : 1,80 - K : 3,10 - pH : 7,41
- hémoculture + : enterobacter

10.7.68 : lombotomie droite d'urgence

1) uretère dilaté - urétérotomie - urines purulentes - calcul (noyau de cerise) de l'uretère iliaque - uretère perméable jusqu'à la vessie

2) Pyélotomie : aucun calcul - jonction - uretère : RAS

sonde urétérale droite

néphrostomie droite

biopsie rénale : néphrite interstitielle

aiguë hématogène

calcul : phosphate de calcium

Suites simples

- reprise rapide de la diurèse (24 h)
- chute lente de l'azotémie (2,50 trois semaines après l'intervention)
- apyrexie 6 jours après l'intervention - Hc -

31.7.68 : - U.I.V. sous perfusion + épreuve de clampage de la sonde de néphrostomie

- voie excrétrice perméable
- retrait de la sonde

10.9.68 : - sortie

- aucun problème infectieux
- bonne fonction rénale :
 - . urée : 0,30
 - . créatinémie : 10,5
- atrophie rénale gauche restant inexpiquée

OBSERVATION N° 15

M. OLI... Robert - 65 ans

12.10.68

3.11.68 - décès

Anurie - lithiase urétérale gauche - rein fonctionnellement unique

1) Passé vasculaire :

- artérite - embolie pulmonaire
- HTA
- urée : 0,40 un an auparavant

2) 7.10.68

- violente crise douloureuse lombaire gauche
- anurie le lendemain
urée : 1,55 - K : 5,5 - RA : 19
TA : 28/13 - T : 38°
- montée de sonde impossible

12.10.68 : néphrostomie gauche

- gros rein dont le pôle inférieur est $\pm$ nécrosé
- pyélotomie postérieure
- obstacle urétéral à 7 cm de la jonction : calcul

radio-transparent - acide urique

- uretère d'aval libre
- néphrostomie - diurèse +++

13.10.68

- diurèse : 3,100
- pas de gros retentissement électrolytique

25.10.68 : alors que les suites sont simples, chute accidentelle de la sonde de néphrostomie obligeant à réintervenir.

Infarctus du myocarde - anurie fatale en dépit de la mise en dialyse péritonéale.

Bilans biologiques

- 11.10.68 à l'entrée :
 - . urée : 2,55 g/l - K : 5,2 mEq - RA : 10 mEq
- 24 heures après néphrostomie :
 - . diurèse : 2 600 ml
 - . urée : 2,40 - urée urinaire : 15 g/l
- 25.10.68 :
 - . diurèse : 1 300 ml
 - . urée : 1,05 - K : 4,5 - urée urinaire : 6 g/l

OBSERVATION N° 16

M. SIM... André - 58 ans

20.1.68

16.2.68

Calcul de la jonction pyélo-urétérale gauche
Septicémie à colibacille - anurie

Début brutal :

- colique néphrétique gauche
- fièvre à 40° + frissons le lendemain
- puis anurie

20.1.68 à l'entrée

- fièvre à 39° - anurie
- urée : 2 g - K : 3,9 - RA : 21
- hémoculture + - colibacille
- tomographies : 2 gros reins
- UPR à l'air :
 - . à droite : pas d'obstacle ni de dilatation
 - . à gauche : opacité devant L4 - uretère d'amont dilaté
- cathétérisme impossible des 2 côtés
- dialyse péritonéale + antibiothérapie massive
- 24.1.68 : néphrostomie + urétérotomie gauche

- nécrose de la face postérieure du bassinnet - poche purulente polaire inférieure et pyélique
- jonction et uretère libres - aucun calcul
- rein un peu mou - d'aspect normal
- néphrostomie

Prélèvement de pus : colibacilles

Suites : collapsus dans les heures qui suivent
reprise de diurèse et amélioration biologique

10.2.68 : apyrétique - urée : 0,50

16.2.68 : sortie

colibacilles + pyocyaniques à 1'E.C.B.U.

U.I.V. : il existe un calcul au pied du calice inférieur gauche qu'on doit enlever dans 6 mois
par ailleurs, sécrétion symétrique précoce
région pyélique gauche un peu rétrécie, mais
sans dilatation d'amont

Bilans biologiques

- 20.1.68 à l'entrée :

. urée : 2,08 - K : 3,9 - RA : 21

- 25.1.68, 24 heures après néphrostomie précédée de dialyse

. diurèse : 1 400 ml

. urée : 3,05 - urée urinaire : 12 g/l

. K : 4,8

- 10.2.68 :

. diurèse : 2 000 ml

. urée : 0,50 g/l - urée urinaire : 12 g/24 h

. E.C.B.U. : pyocyaniques et colibacilles

OPSERVATION N° 17

Mme DES... Solange - 49 ans

10 mai 68

2 juin 68

Anurie - septicémie sur lithiase urétérale gauche

Radio sans préparation : calcul uretère pelvien gauche +
autres calculs au-dessus

U.I.V. avant anurie : mars 68

- à gauche : petit coralliforme

- à droite : calculs en plein parenchyme

Montée de sondes : - à droite, facile

- à gauche, obstacle

8.5.68 : urétérotomie gauche (6 calculs), pus sous pres-
sion en amont

fermeture sur sonde

IR : mars 68 : urée à 0,69

mai 68 : colique néphrétique gauche

6 mai : shock septicémique - urée : 1,10

8 mai : urée à 2,10 - oligurie : 500 ml

Collapsus post-opératoire : urée à 3,75

IRA pré-opératoire - septicémie + collapsus

EER post-opératoire

RA : 10 séances

Fièvre - Hc + 16 mois

Candida A : urines et plaie

Evolution

- migration d'un calcul pyélique gauche dans l'uretère

- fuite par la plaie

- Dormia + sonde urétérale

19.9.68 : va bien
urée : 0,30
clearance urée : 52
clearance créatinine : 90
U.I.V. : reins en éponge

OBSERVATION N° 18

Mme PAV... Jeanne

16.11.66

28.11.66

1) le 10.11 : douleurs abdominales - vomissements - fièvre
- frissons

24 heures après ictère : anurie

i

2) 16.11 : Castaigne

- apyrexie - 23 000 leucocytes

- masse hypocondre droit

- urée : 2,55 - K : 3,8 - RA : 24

Le 17.11 : on intervient en pensant à une cholecystite
aiguë

En fait, rien sur la voie biliaire

mais une pyonéphrose énorme : néphrostomie droite

Le 18.11 : mise en place d'une grosse sonde urétérale droite

U.P.R. gauche : voie excrétrice libre

reprise de diurèse, surtout à gauche

mais azotémie élevée qui fait pratiquer une

séance de RA

évolution favorable :

. diurèse : 1 litre - apyrexie

Le 24.11 : anurie brutale rebelle à la montée de sondes

nouvelle séance de RA : diurèse = 0

mort brutale

Bilans biologiques

- 16.11.66 à l'entrée :

. urée : 2,55 g/l - K : 3,8 mEq - RA : 24 mEq - pH : 7,35

- 20.11.66, 3 jours après néphrostomie :

. diurèse : 2 100 ml

. urée : 1,92 - K : 3,5

. urée urinaire - vessie : 9,5 g/l

- néphro : 4,5 g/l

- 24.11.66 :

. diurèse : 1 300 ml

. urée : 3,30 g/l - K : 5,5 mEq - RA : 18 mEq

. urée urinaire - vessie : 11 g/l

- néphro : 7,5 g/l

OBSERVATION N° 19

M. COU... Roger - 46 ans

8.2.68

18.2.68

Anurie - obstacle urétéral bilatéral ? - septicémie à
pyocyanique - insuffisance rénale chronique - diabète

1) Insuffisance rénale certaine - diabète insuline résis-
tant

Syndrome de KLINEFELTER - PCE cortico dépendante

Douleurs lombaires droites puis gauches depuis 1967 -

urée : 1,35

U.I.V. : pas de lithiase visible

sécrétion symétrique (léger retard à gauche),

voies excrétrices libres

2) 10 février 68

- anurie brutale précédée de douleurs lombaires gauches
- urée : 1,80 - K : 6,40 - RA : 19 - T : 39°

a) tomos rénales : les 2 reins sont augmentés de volume

b) UPR à l'air : 2 tentatives sont nécessaires - entre les 2 dialyses péritonéales :

. G : voie excrétrice visible non dilatée
montée de sonde - obstacle à 1 cm ?

. D : impossible - obstacle à 15 cm - injection d'un peu de produit opaque - obstacle à L4

3) Néphrostomie droite le 17.2.68

- rein un peu gros - aspect normal
- bassinet peu dilaté
- calcul radio-transparent à L4 - urétérotomie
- néphrostomie

Entretiens, clocher thermique à 40° - hémoculture + septicémie à pyocyanique

- diurèse : faible à droite
correcte à gauche, mais concentration insuffisante

- syndrome biologique imposant une nouvelle dialyse

8.3.68 :

- diurèse à D 0 - clampage de sonde après pyélo - voie excrétrice libre - ablation de sonde
- à gauche : bonne diurèse - sonde urétérale retirée, concentration insuffisante

13.3.68 :

- U.I.V. sous perfusion - mauvaise opacification
 - . rein droit gauche
 - . cavités pyélo-calicielles = N
 - . uretères non dilatés - perméables ?

Quitte le service Dr AZERAD Beaujon

16.7.68 :

U.I.V. : sécrétion précoce symétrique - mauvaise opacification - aspect inchangé

Bilans biologiques

- 10.2.68 à l'entrée

. urée : 1,80 g/l - K : 6,4 - RA : 19

- 19.2.68 :

. diurèse : 1 700 ml (sonde urétérale G : 800 - sonde de néphrostomie : 900)

. dialyse péritonéale

. urée : 2,55 - K : 4,7

- 17.3.68 : sortie

. diurèse : 4 000 ml

. urée : 0,80 g/l - RA : 27

. créatininémie : 27 mg/l

. urée urinaire : 17 g 50/24 h

OBSERVATION N° 20

M. RIC... Joseph - 51 ans

19.3.67

7.4.67

Lithiase urique bilatérale - diabète + goutte

18.3.67 : anurie - antécédents de colique néphrétique + émission de calculs

- urée : 3,20 - K : 7,2 - RA : 10 mEq

- dialyse péritonéale de 24 h

- tomos : 2 reins de volume augmenté (4 vertèbres)

19.3.67 :

- reprise spontanée de la diurèse qui atteint 9 litres/24h après émission d'un calcul urique

- le poids baisse de 5 kg - aucune variation de la TA notable

- correction progressive des désordres biologiques

23.3.67

- urée : 0,35

- clearance urée : 43 ml/mn

- clearance créatinine : 60 ml/mn

- U.I.V. à gauche : gros rein muet - image calcifiée arrondie très antérieure appartenant au pôle supérieur

à droite : gros rein - lithiase pyélique

Reins polykystiques ?

UPR : 2 calculs du bas uretère gauche

écartement par une masse arrondie des calices supérieur et moyen

Refuse l'intervention - sort sur sa demande

- cure de diurèse

- antispasmodiques

- alcalinisants

OBSERVATION N° 21

M. REN... Antoine - 65 ans

3.5.69

14.5.69

- Anurie chez un goutteux traité à l'Amplivix

Précipitation uratique bilatérale ± oedème des méats

- Hématurie le 26.4.69 - urée à 1 g/l

- 1er mai 65 : hospitalisation en clinique - diurèse normale

- 2 mai : urée : 1,65 g/l - pas d'U.I.V.

cystoscopie : vessie diverticulaire

montée de sondes = échec

- 3 mai : anurie

cystoscopie : pas de diverticules

SUD : bute au méat

SUG : diurèse franche

U.I.V. : 2 gros reins sans obstacle ni distension

Etiologie discutable : probablement précipitation uratique bilatérale sous Amplivix + oedème lié aux tentatives de cathétérisme.

U.I.V. 10 jours plus tard : normale - ébauche de hameçon des uretères

Allopurinol

Biologie

1) Anurie

. t : 37,5°

. urée : 2,15 - K : 5,2 mEq - RA : 16 mEq

2) 10 jours plus tard : apyréxie - diurèse : 2 200 ml

. urée : 0,45 - K : 4 - RA : 26 mEq - pH : 7,38

. culot urinaire : entérocoques

OBSERVATION N° 22

M. POP... Jean - 45 ans

7.12.66

16.12.66

Mécanisme indéterminé : - septicémie probable

- ± obstacle d'un côté

- reprise spontanée de diurèse

Adressé à l'hôpital Claude Bernard pour anurie

- 2.12.66 : fièvre à 40° pendant 6 jours - aucun signe de localisation - pas d'antibiotiques

- 6.12.66 : anurie brutale - adressé à Claude Bernard où on trouve :

- . fièvre à 40°
- . subictère
- . anurie
- 2 hémocultures restent négatives

- 8.12.66 : Tenon

- . tomos : 2 gros reins
- . uréthrocystoscopie normale
- . UPR à l'air : à gauche normale
à droite impossible

Aurait eu, 10 ans auparavant, une colique néphrétique gauche et une hématurie fugace en 66.

- 10.12.66 : Hémodialyse par shunt artério-veineux

- 11.12.66 : reprise brutale de diurèse (1,7 l en 12 h)
évolution favorable, et le

- 16.12.66 : urée à 0,90

Problème étiologique non résolu

1) Septicémie : quel est le point de départ ?

2 hémocultures avant toute antibiothérapie sont -
puis apyrexie durant toute l'hospitalisation

2) Obstacle : l'échec de la montée de sondes est regrettable

Caractères de la reprise de diurèse en faveur de l'obs-
tacle

2 gros reins symétriques sur les tomos

3) Obstacle créé par les manoeuvres endoscopiques chez un
malade qui était au début d'une reprise de diurèse.

- 25.2.67 :

- uricémie : 200 mg à sa sortie
- U.I.V. : symétrique
rein droit un peu plus petit que le gauche
- étiologie reste indéterminée
Amplivix + cure de diurèse

OBSERVATION N° 23

Mme CAV... Jeanne - 54 ans

30.4.68

20.5.68

Anurie - lithiase urique bilatérale - pyélotomie

Depuis novembre 68 : douleurs lombaires bilatérales

mars 68 : - urée à 0,23

- U.I.V. considérée comme normale - en fait
présence de 2 calculs pyéliques radio-transparents

avril 68 : urée à 2g + troubles digestifs

Fin avril : anurie - transférée de Vaugirard à Tenon

Anurie : urée : 3,30 g - pH : 7,17 - RA : 10 mEq - K : 6,25
anémie : 2,3 M + sd hémorragique

Dialyse péritonéale jusqu'au 3 mai (18 cycles)

Tomos : 2 gros reins symétriques

UPR : droite : impossible

gauche : calcul pyélique radio-transparent

reprise de diurèse (2 l/24 h)

U.I.V. le 3 mai : à droite, sécrétion normale, mauvais
clichés

U.I.V. sous perfusion le 15 mai :

- à gauche : absence de sécrétion
- à droite : calcul du bassin

20 mai : pyélotomie gauche

- calcul d'urates engagé dans la jonction pyélo-urétérale
- suites simples

U.I.V. de contrôle :

- à droite : diminution notable du calcul pyélique sous action du traitement alcalinisant
- à gauche : normale ? - images de superposition ou calcul restant

Décembre 68

- U.I.V. : - rein droit normal, calcul pyélique entièrement disparu sous alcalinisants
- à gauche, calcul pyélique radio-transparent

Abstention thérapeutique : obésité +++ et HTA

- uricémie : 36 mg/l
- créatinine : 13 mg/l - clearance : 100 ml/mn
- urée : 0,40 - clearance : 42 ml/mn
- uricémie : 56

Aldonet - Zyloric

Juin 70

- état inchangé sur le plan urologique
- traitement poursuivi pour HTA et obésité

OBSERVATION N° 24

M. DES... Albert - 57 ans

Entré le 25.6.69 (St-Rémy-les-Gonesses)

Sorti le 30.8.69

1) Calcul uretère pelvien droit - anurie le 9.6.69

Calcul pyélo-caliciel gauche

Traitement médical - reprise de diurèse (4 l)

Traitement en clinique

2) Nouvel épisode anurique le 22.6.69

- montée de sondes
 - . à droite : bute sur obstacle pelvien
 - . à gauche : monte dans le bassin

Entre dans le service

3) Urétéro-lithotomie droite le 26.6.69

- ablation du calcul - 1 olive - pelvien haut
- urètre d'amont libre
- urètre d'aval : la bougie bute - on ouvre la vessie,

ce qui permet de s'assurer de la liberté de l'urètre droit où on place une sonde urétérale - et de changer la sonde gauche

Les deux sondes sortent par la vessie.

4) Le 8.7.69 : lombotomie gauche : volumineux calcul pyélique - quelques calculs caliciels inférieurs.

- bon parenchyme - pas de biopsie, ni de néphrectomie partielle

- tétracémate si calculs restants
- néphrostomie - sonde de Cummings

Suites simples

- calcul rénal = phosphates, oxalates

22.7.69 : sonde clampée - U.I.V.

petites opacités calicielles inférieures droites

- bonne sécrétion rénale

micro-opacités à gauche - retard de sécrétion

pas de dilatation des cavités

22.8.69 :

- après traitement de 1 mois au tétracémate, les opacités en baisse, en nombre et en taille

- bonne diurèse

- on élimine formellement un trouble du métabolisme phospho-calciq

30.8.69 : retrait de sonde de néphrostomie

29.10.69 :

- désinfectants urinaires + 2 à 3 l/jour
- va bien

Bilans biologiques

- 24.6.69 à l'entrée :
 - . diurèse - vésicale 1 000
 - sonde urétérale gauche : 3 000
 - . urée : 1,95 g/l - K : 6,5 mEq
- 18.7.69, 10 jours après la 2e intervention :
 - . diurèse - vessie : 1 500
 - SUD : 1 500
 - SUG : 750
- urée : 0,70 - K : 3,2
- 1.10.69 :
 - . urée : 0,50
 - . créatininémie : 26 mg/l
 - . clearances - urée : 38 ml/mn
 - créatinine : 64,5 ml/mn
 - . E.C.B.U. : protéus

OBSERVATION N° 25

Mme GRO... Denise - 68 ans

Entrée le 23.9.69

Sortie le 22.12.69

1) A l'entrée : 23.9.69

- femme de 68 ans, éthylique, venant de l'hôpital Ambroise Paré

- tableau inquiétant :
 - . coma vigil
 - . collapsus
 - . anurie
 - . fièvre à 39° - hémoculture + (colibacille)

- antécédents de douleurs du flanc gauche. Une I.U.V. faite en août 68, avait montré un retard de sécrétion + une dilatation pyélo-urétérale modérée de ce côté.

- à l'examen :

- . tableau septicémique
- . fosse lombaire gauche douloureuse

2) Le 24.9.69 : néphrostomie gauche minime

rein tendu - urines très troubles

- suites simples - amélioration de l'état général
- pyélographie et UPR montrant un arrêt au bord infé-

rieur de L3

calcul radio-transparent probable

3) Le 17.10.69 : pyélotomie gauche - le calcul était remonté dans le bassinet, uretère perméable.

- sonde de Cummings
- calcul : urates d'ammonium
- suites simples

Le 27.10.69

- clampage de la sonde de néphrostomie

Le 3.11.69

- ablation de celle-ci

U.I.V. de contrôle

- sécrétion précoce - symétrique des 2 reins

D : cavités non dilatées, peut-être calcul radio-transparent du bassinet - uretère bien vu

G : cavités non dilatées, à aucun moment on ne voit l'uretère gauche de façon satisfaisante, mais le rein se vide bien.

Repart à l'hôpital Ambroise Paré

4) 28.11.69

Admise dans le service car :

- fistule dans la lombotomie gauche, important écoulement d'urines drainant pratiquement tout le rein

29.11.69

- diurèse vésicale 0
- montée de sonde à droite :
 - . quelques ml d'urines
 - . sonde mal tolérée
- UPR bilatérale :
 - . à gauche : uretère perméable, non dilaté
 - . à droite : arrêt à la jonction pyélo-urétérale

1.12.69 : néphrostomie droite

- cavités non dilatées, petit calcul pyélique repéré à la palpation ? - non trouvé à l'exploration
- jonction, uretères perméables
- néphrostomie polaire inférieure

3.12.69

- tarissement de la fistule gauche
- néphrostomie droite : 100 ml

5.12.69

- état général meilleur
- sonde vésicale : 1 000 ml
- sonde de néphrostomie : 750 ml

22.12.69

- clampage de la sonde droite, bien tolérée
- U.I.V. :
 - . sécrétion bilatérale précoce, aucun calcul visible, ni de fistule à gauche
 - . cavités non dilatées
 - . uretères non dilatés, perméables

- convalescence :

- . bon état général
- . fistule 0
- . sonde de néphrostomie droite laissée en place

Bilans biologiques

- 23.9.69 à l'entrée : anurie
 - . urée : 1,35 g/l - K : 3,6 mEq - RA : 23 mEq
- 10.10.69 : 15 jours après néphrostomie gauche :
 - . diurèse : 900 ml
 - . urée : 0,40
 - . créatinémie : 12 mg/l
 - . E.C.B.U. = 0
- 29.11.69 : retour à Tenon
 - . diurèse : 500 ml + fistule gauche
 - . urée : 0,85
- 6.12.69 : 3 jours après néphrostomie droite et anurie
 - . diurèse : - vessie : 1 300
 - sonde de néphrostomie : 2 000
 - . urée : 1,05 - urée urinaire : 6 g/l
 - . E.C.B.U. = gram -
- 31.12.69 : sortie
 - . diurèse : - sonde de néphrostomie : 600
 - vessie : 1 400
 - . urée : 0,30
 - . créatinémie : 20 mg/l
 - . clearances : urée : 31,5 ml/mn - sonde de néphrostomie
 - urée : 8,7 ml/mn - vessie
 - créatinine : 61,4 ml/mn - sonde de néphros-
tomie
 - créatinine : 17,5 ml/mn - vessie
 - . E.C.B.U. = entérocoque - protéus

OBSERVATION N° 26

Mme HUB... Yvonne - 55 ans

21 mars 1968

12 avril 1969 - décès

Stade ultime d'une néphropathie chronique secondaire à une lithiase bilatérale urique

Antécédents :

- 1954 : crise de goutte - coliques néphrétiques
- 1958 : lithiase coralliforme bilatérale
intervention à droite

Mars 1968 : Tenon

- Coma précédé de crises convulsives + oligurie
- vomissements, nausées
- TA : 18/10
- azotémie : 4,36 - Cl : 70 mEq - Na : 110 mEq - RA : 6 mEq

Radio : lithiase coralliforme bilatérale (récidivée à droite)

22-25 mars :

- dialyse péritonéale - amélioration
azotémie : 1,05 - K : 4,7 - RA : 26
- mais diurèse 200 ml/24 h

28.3.68 :

- UPR sans montée de sondes
à gauche : uretère libre mais volumineux coralliforme
bloquant calices et bassinets
à droite : calculs caliciels et un ou deux calculs pyé-
liques probablement mobiles

Néphrostomie droite :

- petit rein peu ou pas fonctionnel - libération très labo-
rieuse et hémorragique
- caillots + un calcul pyélique
- néphrostomie polaire supérieure

31.3.68

- oligo-anurie
- azotémie croissante (2,40 g)

12.4.68

- pas de reprise de diurèse
 - urée : 4,80 g/l - K : 7,25 mEq/l - RA : 7,19 mEq/l
- DECES

Autopsie

- rein droit atrophique 150 g - calculs pyéliqués
- rein gauche : liquide purulent, coralliforme

Anatomo-pathologie

- nécrose papillaire au contact des calculs
- tissu médullaire truffé de goutteux + lésions vasculaires et foyers de sclérose interstitielle avec altérations glomérulaires et tubulaires.

OBSERVATION N° 27

M. MOU... Auguste - 64 ans

28.6.67

27.7.67

Anurie - septicémie - PPN droit - lithiase opaque bilatérale

1964 : prostatectomie pour néoplasme depuis Distilbène

1) 24 juin 67 : état septicémique + collapsus (Beaujon)

28 juin : Tenon

- insuffisance rénale - oligurie - ictère
- radio sans préparation : lithiase radio-opaque

bilatérale

- UPR à l'air : - à gauche : voie excrétrice libre
- à droite : échec - cependant une

sonde fine atteint le bassin et ramène un pus épais.

2) La septicémie étant contrôlée par les antibiotiques et l'état général précaire, on n'intervient que 20 jours après le début. Une séance de RA s'impose.

L'urée : 2 g/l

Intervention à droite le 19.7.67

Enorme phlegmon périnéphrétique qu'on se contente de drainer (2 litres)

Pus à protéus

Suites simples : au 8e jour :

- diurèse satisfaisante (2 000 ml)
- urée : 1 g/l

U.I.V. de contrôle le 31.7.67 :

- à droite : rein muet
- à gauche : sécrétion tardive mais aspect normal de la voie excrétrice - lithiase calicielle inférieure

3) Mars 68 : état stable

- urée : 0,06 g/l - clearance : 10 ml/mn
- clearance créatinine : 21 ml/mn

Janvier 70

- urée : 0,70 - clearance : 16 ml/mn
- U.I.V. : . à gauche : bonne injection des cavités
calcul pyélique
. à droite : rein muet
- infection urinaire +++

Novembre-décembre 70

- se plaint de douleurs osseuses qui font parler d'ostéo dystrophie rénale (biopsie osseuse)
- hypotension
- infection urinaire sévère
anurie sur rein unique gauche
- radio : coralliforme gauche

- épuration extra-rénale
- Néphrostomie gauche le 6.12.70 et ablation du calcul
Décès à la 48^e heure
Sd hémorragique +++

oOo

LES 10 OBSTACLES RETRO-PERITONEAUX

Observations : 28 à 37

OBSERVATION N° 28

M. GUY... René - 65 ans

19 septembre 67

2 octobre 67

Anurie - obstacle néoplasique - amputation ab. per. rectum
65 - anus iliaque gauche

Tomos : - à droite : normal
 - à gauche : dilaté

Montée de sondes le 19.9 :

- obstacle bilatéral : . 2 cm à gauche
 . 10 cm à droite

23.9 : montée de sonde gauche

20.9.67 : néphrostomie droite (car anus iliaque gauche)

IR : urée : 4 g - K : 6,7

Reprise de diurèse par les 2 sondes : sonde de néphrostomie
 sonde urétérale gauche

mais urée : 4,32

Arrache sa sonde urétérale gauche - diurèse basse

E.E.R. = 0

Pb infectieux = 0

Décès

Autopsie : adénocarcinome - sclérose péri-urétérale
 reins dilatés

OBSERVATION N° 29

Mme LEG... Suzanne - 63 ans

21.4.69

4.9.69

1) Décembre 68

- adénopathie axillaire droite découverte fortuitement
- biopsie : carcinome anaplasique et trabéculaire peu
différencié - origine indéterminée

- cliniquement : K du sein G probable

Avril 69

- cobaltothérapie - malgré cela, survenue d'adénopathies jugulo-carotidiennes et sus-claviculaires bilatérales

2) 21 avril 69 : anurie brutale

- urée : 0,82 - K : 4,8

- apyrétique

- mauvais état général

- tomographies : G : taille normale

D : non visible

- cystoscopie : vessie, orifices urétéraux normaux

- UPR à l'air : mauvaise qualité

- montée de sondes bilatérales : - faciles

- urines +++

25.11.69 : néphrostomie droite

- rein un peu augmenté de volume

- bon parenchyme

- bloc ganglionnaire dur, noyé dans la graisse péri-rénale près du pôle inférieur

- néphrostomie

- biopsie : . rénale

. ganglionnaire

Amélioration - reprise de diurèse - urée : 0,40

7.7.69 : problèmes de changement de sonde - sonde urétérale

U.I.V. : gros retard sécrétoire

rein droit gros

rein gauche : bien vu, de petite taille,

encore fonctionnel

19.7.69 : urétérostomie cutanée droite

amélioration

sortie du service - chimiothérapie

Septembre 69 : hémiparésie gauche - métastase cérébrale
aucun problème urologique
chimiothérapie - Gardénal

Bilans biologiques

- 22.4.69 à l'entrée : anurie
. urée : 0,88 g/l - K : 4,9 mEq - RA : 21 mEq
- 30.4.69, 5 jours après néphrostomie droite :
. diurèse : 1 300 ml
. urée : 0,55 g/l - K : 3,7 mEq - RA : 25 mEq
- 18.7.69, 24 heures avant urétérostomie droite :
. diurèse : vessie : 1 200
 sonde urétérale droite : 1 000 ml
. urée : 1,20 g/l - K : 3,6 mEq
- 31.7.69 : sortie
. diurèse : urétérostomie : 1 000 ml
 vessie : 500 ml
. urée : 0,35 g/l
. créatininémie : 11 mg/l
. E.C.B.U. : pyocyaniques

OBSERVATION N° 30

Mme ZUB... Anne-Marie - 61 ans

15 novembre 67

24 novembre 67

Anurie par compression urétérale bilatérale néoplasique -
néoplasme initial non identifié

1) Septembre 67 : pleurésie bilatérale de survenue récente.
L'examen du liquide et les biopsies pleurales n'en décèlent pas
l'étiologie.

2) Novembre 67 :

- masse palpée dans la région sous-hépatique
- oligurie
- urée à 1,45 g/l

3) Admission le 15.11.67 : anurie - apyrexie

- EG inquiétant - urée : 2,85
- ascite - épanchements pleuraux
- tomos : reins gros et symétriques
- UPR à l'air : importante dilatation urétérale et pyélo calicielle au-dessus du D5

Le 18.11.70 :

1) Néphrostomie gauche (à cause de la masse sous-hépatique

- uretère lombaire libre, au-dessous envahissement urétérostomie impossible (uretère sain trop court)
- biopsie urétérale
- biopsie d'une frange épiploïque

2) Montée de sonde à droite : obstacle au D5

- urine sous pression

Histologie : épi peu différencié dont on ignore la nature carcinose péritonéale

Evolution : - amélioration de l'IR

- chute de la sonde droite à la 48e heure
- chimiothérapie

D.C.D. : septicémie post-chimiothérapique

Conclusion

- anurie mécanique, compression urétérale pelvienne maligne - point de départ inconnu - les biopsies n'ont pu préciser l'origine. Tumeur annexielle droite ?
- néphrostomie gauche - amélioration nette et rapide de l'insuffisance rénale

Bilans biologiques

- 15.11.67, à l'entrée : oligurie
 - . urée : 2,85 g/l - K : 5,6 mEq - RA : 23 mEq
- 10 jours après néphrostomie gauche :
 - . diurèse : 1 300 ml
 - . urée : 1,05 g/l - K : 4,6 mEq

OBSERVATION N° 31

Mme ROI... Hélène - 59 ans

1er septembre 68
19 septembre 68
24 janvier 69 : exitus

Anurie, compression urétérale bilatérale par un lymphosarcome d'origine inconnue

1) Mai 68 : douleurs lombaires rattachées à une arthrose vertébrale

Pyurie U.I.V. : normale

Août 68 : syndrome occlusif spontanément résolutif

2) 1er septembre 68

Anurie précédée de douleurs abdominales

- volumineux oedème des membres inférieurs
- masse épigastrique palpable
- fosse lombaire gauche douloureuse
- T : 38°
- urée : 1,60 - K : 4,2 - RA : 14

2.9.68 : montée de sondes

à gauche : obstacle infranchissable à 12 cm

à droite : obstacle à 12 cm franchi - urines sous

pression

diurèse importante - bonne concentration uréique

4.9.68 : néphrostomie droite + biopsie rétro-péritonéale
- rein d'aspect normal
- cavités non dilatées
- uretère pris dans une gangue scléreuse allant
jusqu'au D5 - se clivant bien
- néphrostomie droite

Biopsie : lymphosarcome péri-urétéral d'origine peut-être
ganglionnaire

Bonne diurèse 21 - urée : 0,45 en une semaine.

11.9.68 : U.I.V.
- à gauche : distension des cavités du rein et
de l'uretère lombaire
- à droite : sonde en place - uretère d'aval fin
Recherche du néo primitif = 0 - lavement baryté
- ponction sternale

19.9.68 : service Jean BERNARD
Chimiothérapie (Cortancyl - Vincristine - Caryo-
lysine - Natulan)
Amélioration spectaculaire

16.10.68 : U.I.V.
- sonde clampée
- les 2 uretères sont parfaitement perméables

25.10.68 : fièvre à 40°
hémoculture + pyocyanique
numération formule sanguine : 2 000 blancs
arrêt antimitotique

20.11.68 : arrêt des antimitotiques et antibiothérapie :
contrôle précaire des phénomènes infectieux
U.I.V. : - à droite : voie excrétrice perméable
non dilatée
- à gauche : dilatation urétéro-pyélo-
calicielle modérée

Retrait de sonde de néphrostomie droite
Reprise des antimitotiques

20.1.69 : Stomatite - pyocyanique dans les urines
Clochers thermiques

24.1.69 : collapsus probablement septicémique
Exitus

Bilans biologiques

- A l'entrée : anurie
 - . urée : 1,60 g/l - K : 4,4 mEq - RA : 15 mEq
- 8 jours après montée de sondes puis néphrostomie droite :
 - . diurèse : 2 000 ml
 - . urée : 0,60 - K : 4,1 - RA : 26
- Après 15 jours de chimiothérapie :
 - . diurèse : 2 000 ml
 - . urée : 0,30 - urée urinaire : 6,20 g/l
- Janvier 69 : septicémie
 - . diurèse : 600 ml
 - . urée : 1,20 - K : 4,2 - RA : 20

OBSERVATION N° 32

Mme DIG... - 65 ans

27 au 31 mai 69

Anurie : compression urétérale bilatérale
K du pancréas

Tomos : 2 gros reins

U.P.R. : - droite : uretère injecté, mince, irrégulier
- gauche : impossible

Intervention = 0 - K très étendu - état général très mauvais

Anurie le 22 mai : urée : 0,40

26 mai : urée : 1,70

Avril 69 : K du pancréas
dérivation cholécysto-duodénale

Exitus

Autopsie : - bloc duodéno-P indisséquable
- uretères pris dans une gangue scléreuse,
complètement envahis

Anatomopathologie : cancer pancréatique.

OBSERVATION N° 33

Mme LE CAI... Berthe - 63 ans

14 août 68

6 septembre 68 - exitus

Anurie - carcinose rétro-péritonéale métastatique dont le point de départ est un adénocarcinome de la vésicule biliaire

- Février 1968 : exérèse d'un adéno-carcinome vésiculaire
- Juillet 1968 : oedème des membres inférieurs (P. FAUVERT)
- Août 1968 : oedème . des membres inférieurs
 - . du membres supérieur gauche
 - . et circulation collatérale

anurie

Admission à Tenon le 14.8.68

- anurique - état général encore bon - apyrexie
- urée : 1,65 - K : 5,7 - RA : 20 mEq

Tomos rénales :

- reins augmentés de volume, surtout le gauche

U.P.R. à l'air le 16.8.68

- à gauche : uretère peu dilaté, mal vu dans son segment iliaque et pelvien

uretère lombaire: cavités excrétrices dilatées

- à droite : dolicho-méga-uretère seulement bien vu dans son segment lombaire.

Montée de sondes : obstacle des 2 côtés à 13 cm - celui-ci franchi, urines sous pression, claires

Reprise de diurèse le jour suivant et amélioration biologique (0,85)

20.8.68 : urétérostomie cutanée droite - le débit du rein droit est supérieur au gauche

gangue néoplasique péri-urétérale remontant le rein

biopsie et recoupe urétérale

Anatomopathologie

- métastase massive d'un adéno-carcinome
- diurèse correcte
- amélioration biologique
- mais état général qui s'altère - métastase pleuro-pulmonaire probable
- "malaises" à répétition - vomissements
- reprise par sa famille - décès

Bilans biologiques

- 14.8.68, à l'entrée : anurique
 - . urée : 1,65 g/l - K : 5,7 mEq - RA : 20 mEq
- Après 10 jours d'urétérostomie cutanée :
 - . diurèse : 2 000
 - . urée : 0,70 - urée urinaire : 5,50 g/l - RA : 32
 - . E.C.B.U. = 0

OBSERVATION N° 34

M. LEB... André - 59 ans

3 juillet 67

3 août 67

Anurie - sclérose rétro-péritonéale néoplasique sans qu'on découvre le cancer initial

Anurie progressive révélée par des douleurs abdominales et de discrets oedèmes des membres inférieurs.

- urée à 2 g/l
- apyrétique
- tomos : reins de taille normale - symétriques
- UPR à l'air : à droite : cavités normales
à gauche : calices inférieur et moyen un

peu distendus

- montée de sondes : impossible
- artério : reins normaux
- biopsie rénale : parenchyme normal

2 séances de RA

7.7.67 : néphrostomie gauche

- bassinot peu distendu - vide
- gangue péri-urétérale +++ - biopsie : K épidermoïde indifférencié
- Sd de levée d'obstacle 10 mn après

Corticothérapie - diurèse vésicale faible (surtout néphro gauche)

U.I.V. le 10.7.67 :

- rein droit secrète, mais :
 - . hydronéphrose
 - . obstacle uretère lombaire

19.7.67 : tentative d'urétérolyse

- énorme envahissement néoplasique intra-péritonéal (mésos Douglas)
- pas de K retrouvé à l'exploration
- biopsie - fermeture

Traitement Velbé

Exitus le 3.8.67

Ni l'examen des fragments biopsiés, ni l'autopsie faite le 4.8.67 ne permettent de reconnaître le K initial.

Conclusion

- dg fait par lombotomie
- amélioration par corticoïdes
- difficulté dg étiologique bien que lésions étendues
- impossibilité de découvrir le K responsable

Bilans biologiques

- 2.7.67, à l'entrée : anurique
 - . urée : 2,25 g/l - K : 5,4 mEq - RA : 16 mEq
- 16.7.67, après néphrostomie + corticoïdes
 - . diurèse - vessie : 1 000 ml
 - néphrostomie : 1 400 ml
 - . urée : 0,70 g/l - K : 3,3 mEq
- 27.7.67
 - . diurèse - vessie : 450 ml
 - néphrostomie : 1 600 ml
 - . urée : 1,65 g/l - K : 3,7 mEq
 - . E.C.B.U. = 0

OBSERVATION N° 35

Mme FAU... Charlotte - 60 ans

Entrée le 13.11.68

Sortie le 4.2.69

Anurie par envahissement néoplasique puis urétéral dont le point de départ est un kyste de l'ovaire dégénéré

1) Anurie débutant brusquement le 8.11.68 par des douleurs lombaires gauches

Admise à Tenon le 13.11.68

A l'entrée :

- bon état général - urée : 1,80 sans désordre électrolytique important
- rein droit atrophique, rein gauche augmenté de volume

Montée de sonde à gauche le 13.11.68 : issue d'urines sous pression après 14 cm - obstacle probable à hauteur du DS

Antécédents

- 1965 : ablation d'un énorme KO droit
- histologie : kyste mucoïde multiloculaire dont la bordure épithéliale présente une prolifération épithéliomateuse

19.11.68

- UPR droite : sténose serrée 10 cm environ, dont la partie inférieure est au DS
- UPR gauche : sténose serrée, plus étendue, à cheval sur le DS

Diagnostic : sclérose rétro-péritonéale maligne - origine ovarienne

Néphrostomie gauche

- gros rein d'hypertrophie compensatrice
- néphrostomie calicielle inférieure
- biopsie du tissu rétro-péritonéal

Histologie : envahissement de la graisse péri-urétérale par un épithélioma d'apparence indifférencié

Le 13.12.68

- bon état général
- urée à 0,25
- mais PAD à bascule droite puis gauche traitée par Calci-parine

17.12.68

- abcès de paroi
- bactériémie à Serratia + germes à l'E.C.B.U.
- accès thermique

- collapsus (6 à 8 h) - insuffisance rénale urée à 1,30
- contrôle par Keflin - Gentalline

22:1.69 : épanchement pleural gauche : cellules néoplasiques dans le liquide de ponction

- diarrhée pendant toute la durée de l'hospitalisation

4.2.69 : sortie

- bon état général
- Calciparine - Insidon

Bilans biologiques

- 13.11.68 : bilan initial - anurique
 - . urée : 1,80 g/l - K : 5,1 mEq - RA : 19 mEq
- 25.11.68, 5 jours après néphrostomie gauche :
 - . diurèse : 3 000 ml
 - . urée : 1,25 - K : 3,2 - RA : 29
 - . E.C.B.U. : protéus
- 18.12.68 : septicémie à Serratia
 - . diurèse : 500 ml
 - . urée : 0,35 - 1,25 en 24 h - K : 3,9
- 3.2.69 : sortie
 - . diurèse : 1 200 ml
 - . urée : 0,75
 - . créatininémie : 13 mg/l
 - . clearances urée : 11,5 ml/mn
 - créatinine : 22,5 ml/mn

OBSERVATION N° 36

Mme HEL... Juliette - 75 ans

13.12.67

3.1.68

Anurie - liposclérose rétro-péritonéale

1) Depuis 3 mois, épisodes oligo-anuriques + altération de l'état général

Novembre 67 : U.I.V. : 2 gros reins, uretères non vus

2) le 13.12.67 : Tenon

- urée : 1,55 - K : 6 mEq

- diurèse : 1 400 ml

- U.I.V. sous perfusion : hydronéphrose bilatérale, uretères non vus - liposclérose évoquée

3) le 22.12.67

- collapsus, fièvre à 40°, hémoculture + (gram -)

- cystoscopie : vessie normale, orifices urétéraux normaux

- montée de sonde : - à droite : impossible

- à gauche : facile, urines sous pression

- le lendemain, la malade arrache sa sonde gauche

- comme le rein droit semble le meilleur à l'U.I.V., on décide une néphrostomie droite

- UPR droite faite avant : rein droit ptosé, cavités dilatées, uretère perméable, dilaté dans son ensemble, très attiré vers la ligne médiane, peut-être sténose urétérale en regard de L4

Néphrostomie droite le 23.12.67

- abord lombo-iliaque

- grosse périnéphrite rendant la dissection très malaisée, surtout à la face postérieure du bassin. Celui-ci, une fois disséqué, apparaît souple, peu dilaté

- néphrostomie

- biopsie rénale + graisse péri-urétérale

Arrêt cardiaque sur table : fibrillation ventriculaire

Massage + choc électrique - amélioration

Tachycardie ventriculaire - exitus au 3e jour

Biopsie : liposclérose rétro-péritonéale

Autopsie

1) broncho-pneumonie bilatérale

2) liposclérose étendue allant de la margeïlle du petit bassin aux hiles rénaux

3) dissection aortique très étendue

OBSERVATION N° 37

Mme MEU... Jeanne - 61 ans

Entrée le 29.11.68

Anurie de survenue progressive chez une femme sans antécédents rénaux, prenant depuis 2 ans, 2 comprimés par jour de Méthysergide pour des céphalées.

1) A l'entrée : anurie + coma + fièvre à 38°

- coma profond sans signe de localisation rapidement régressif

une artériographie carotidienne est normale, attribuée à l'oedème cérébral

- anurie : azotémie à 2,10

K : 7,60 - RA : 14

Hémodialyse

30.11.68 : UPR à l'air

- uretères lombaires presque pré-vertébraux

- dilatation pyélo-urétérale s'arrêtant à L4

- montée de sondes jusqu'aux bassinets - urines +++

Liposclérose rétro-péritonéale probable

4.12.68 : néphrostomie droite car ce côté est le meilleur
- rein d'aspect normal - bassin et uretère
juxta-rénal dilatés
- uretère pris dans un feutrage veineux, impos-
sible à disséquer

Histologie de la graisse périnéale = normale

2) 6.12.68 : phlébite du membre inférieur gauche

10.12.68 : apparition d'une diurèse vésicale (40 ml)
septicémie à pyocyaniques

24.12.68 : - nette amélioration de l'état général -
apyrexie

- la PAD a régressé - persiste un oedème
- la diurèse vésicale augmente

19.12.68 : U.I.V.

- sécrétion bilatérale, rein gauche plus gros
- image ovalaire - radio-transparente de
l'uretère lombaire droit : calcul ?

17.1.69 : U.I.V.

- rein gauche : cavités dilatées, images en
boule évoquant une nécrose papillaire
- rein droit : cavités presque normales
disparition de l'image claire
urétérale

Les 2 uretères sont dilatés et vus jusqu'à L4

29.1.69 : pyélographie descendante par la sonde droite
- cavités un peu dilatées ainsi qu'uretère
lombaire jusqu'à L4, ensuite uretère sténosé

8.2.69 : infection urinaire et pariétale à pyocyaniques
- hémocultures -

10.2.69 : hépatite virale

20.3.69 : diagnostic de liposclérose (rien ne plaide pour une néoplasie toxique au Désernil) pratiquement sûr. On envisage une transposition des 2 uretères dans le péritoine, mais cette intervention ne se conçoit que si l'état général est bon. Départ en convalescence.

3) 7.4.69 : hospitalisation pour décision thérapeutique

U.I.V. du 7.5.69, sonde clampée

- rein gauche un peu plus petit que le droit

- sécrétion droite précoce, un peu retardée

à gauche

- rein droit : calices normaux, bassinnet large, uretère perméable, non dilaté

- rein gauche : cavités rénales et uretère dilatés, celui-ci est vu dans son trajet lombaire

Cet aspect fait rejeter l'intervention - retrait de la sonde.

De plus, paraplégie, attribuée à un accident vasculaire médullaire - récupération rapide, convalescence.

18.3.69

- U.I.V. : amélioration

- paraplégie : récupération très nette

- bon état général

Bilans biologiques

29.11.68, à l'entrée : anurique

. urée : 2,10 g/l - K : 7,6 mEq - RA : 14 mEq

10.1.69, un mois après néphrostomie

. diurèse : - vessie : 500 ml

- néphrostomie : 1 400 ml

. urée : 0,75

. créatininémie : 24,5 mg/l

. clearances : - urée : 10 ml/mn

- créatinine : 14 ml/mn

17.5.69 : sonde clampée

. diurèse : 2 300 ml

. urée : 0,65

. E.C.B.U. : protéus

12.8.69

. diurèse : 2 700 ml

. urée : 0,30 g/l

. créatinémie : 17 mg/l

. clearances : - urée : 39 ml/mn

- créatinine : 70 ml/mn

. E.C.B.U. : E. coli

oOo

LES 3 LESIONS PARIETALES DE L'URETERE

Observations : 38 à 40

OBSERVATION N° 38

Mme MOR... Marguerite - 69 ans

5.10.69

9.10.69

Rein unique - anurie par envahissement urétéral métastasi-
que d'un cancer indifférencié, probablement mammaire.

- Néphrectomie droite pour lithiase, 20 ans auparavant

- Mammectomie gauche, 25 ans auparavant (K épidermoïde)

Mammectomie droite en 1963 (K glanduliforme bien diffé-
rencié)

- Pleurésie néoplasique bilatérale en 1966.

Anurie précédée de douleurs lombaires gauches sans fièvre

Urée : 0,65 - K : 3,7 - RA : 21,5

- Abdomen sans préparation : pas de lithiase

- UPR au produit de contraste : sténose urétérale longue
d'un cm environ à hauteur de L5

Intervention le 6.10.69

Résection de la sténose et suture par sonde

Suites simples - reprise de diurèse 1 100 ml/jour à la
48e heure - urée à 0,40 le 4e jour.

Anatomopathologie :

- métastase péri-urétérale d'un carcinome indifférencié

- aspect compatible avec un néoplasme mammaire

OBSERVATION N° 39

Mme CUS... Marie - 82 ans

10.1.68

10.2.68

Rein unique anatomique - néphrectomie pour hydronéphrose ?

Anurie par obstacle urétéral

Abdomen sans préparation : mauvaise qualité

Montée de sondes : - 16.1. : échec

- 18.1 : obstacle 1/3 supérieur uretère

U.P.R. à l'air puis au liquide :
obstacle L3

Insuffisance rénale aiguë : anurie depuis 8 jours

- urée : 2,10 g/l - K : 4,2 mEq - Na : 116 mEq - RA : 20 mEq

Sonde urétérale gauche : syndrome de levée d'obstacle

(9,7 litres en 48 heures)

Suites : aucun problème d'IRA le 22.5

urée à 0,45 g/l

Infection : hémoculture -

culot + Klebsiella

Contrôle U.I.V. :

24.1.68 : sténose incomplète uretère lombaire
cavités un peu dilatées

8.2.68 : cavités inchangées - sténose irrégulière

Avril 68 : voie excrétrice normale - urée : 0,40 g/l

OBSERVATION N° 40

M. GIL... Philippe - 15 ans

20.7.69

12.8.69

Polytraumatisme - multiples fractures

Anurie : - rupture de l'uretère gauche

- contusion polaire inférieure rein droit

18 juillet 69 : accident de la voie publique

- perte de connaissance + fracture du temporal droit -
otorragie

- fracture du col du fémur gauche
col chirurgical humérus droit
- fracture de la clavicule droite
- fracture des 3e, 4e, 5e costiformes droites
des 2e, 4e costiformes gauches
- hématurie importante + volumineux hématome rétro-péritonéal droit

20 juillet 69 : anurie - urée : 1,20 - K : 5,2
TA qui s'élève et atteint 19/10
météorisme abdominal - arrêt du transit

Intervention :

U.I.V. sous AG double dose : aucune opacification
les 2 reins sont muets

à la 15e minute.

- rupture de rate : splénectomie
- hématome rétro-péritonéal gauche et rupture complète de l'uretère 4 cm au-dessous du bassinet - anastomose urétéro-urétérale sur sonde
pédicule rénal normal
- gros hématome rétro-péritonéal droit - contusion polaire inférieure + petite plaie suturée au catgut
pédicule normal
- aucune autre lésion abdominale

Evolution favorable

- reprise de diurèse rapide à gauche (concentration uréique : 20 g/l)
- moins bonne à droite

29.7.69 : U.I.V.

- sécrétion bilatérale, moins bonne à droite qu'à gauche - petite fuite à gauche, à l'endroit de l'anastomose.

9.8.69 : retrait de la sonde gauche

- U.I.V. : sécrétion bilatérale

Passage en chirurgie pour traitement de la fracture du col.

U.I.V. du 7.10.69 :

- à droite : 5 mn, début d'injection des cavités qui resteront faiblement injectées

- à gauche : retard prononcé à l'excrétion - 20 mn - avec dilatation importante pyélo-calicielle.

oOo

LES 12 OBSTACLES VESICO-PROSTATIQUES

Observations : 41 à 52

OBSERVATION N° 41

M. GAU... Pierre - 50 ans

17.4.67

22.4.67

Epi du col vésical - envahissement urétéral

ASP : taille des reins mal vue

Cathétérisme + cystoscopie : oedème trigonal

- à droite : urines sous pression
- à gauche : obstacle infranchissable

Néphrostomie droite le 20.4.67

Pyélotomie transrénale

Ascite - métastase hépatique

Insuffisance rénale - urée : 2,25 - anurie le 16 -
oligurie depuis le 9

Evolution :

- levée d'obstacle
- diurèse : 5,6 l après montée d'une sonde urétérale
droite
- septicémie à staphylocoques avant cathétérisme
- E.C.B.U. : staphylocoques

Tumeur maligne de vessie réséquée + cobalt

Anurie quelques mois après

Evolution simple sur le plan de l'anurie

OBSERVATION N° 42

M. LER... Maurice - 74 ans

15.4.69

27.4.69

Anurie - septicémie (adénome prostatique

(sténose urétérale par épi vésical

Tomographie : 2 gros reins

11.4.69 : rétention aiguë d'urines

sonde - température : 40° - anurie

Castaigne : urée : 3,6 - K : 6,5 - RA : 31

RA : sans reprise de diurèse

Septicémie probablement en cause - pas d'Hc en clinique

Sous AB à Castaigne : Hc -

Culot -

Exitus

Autopsie : adénome prostatique

épi vésical + métastase péritonéale + envahissement des 2 uretères

OBSERVATION N° 43

M. CHA... Fernand - 60 ans

16.1.67

10.8.67

Insuffisance rénale progressive - diurèse conservée

Epithélioma prostatique - néphrostomie bilatérale -
urétérostomie cutanée bilatérale

1) 25.12.66 : Troyes

- urée à 2 g/l

- exploration basse sans montée de sondes

- température : 40°

2) 16.1.67 : Tenon

Apyrétique - 32 000 globules blancs

Urée : 5 g/l - urinaire : 10 g/l

- toucher rectal : prostate : normale

infiltration sus-prostatique

- tomographies rénales : 2 reins augmentés de volume

- cystoscopie : vessie très sale
oedème +++ du trigone - pas de tumeur
cathétérisme impossible
- uréthroscopie : pas d'obstacle bas

21.1.67 : néphrostomie droite

- pus dans la loge rénale, périnéphrite +++
- poche purulente polaire inférieure
- bassinnet non dilaté communiquant avec la poche
- néphrostomie - biopsie

Anatomopathologie : pyélonéphrite - atteinte interstitielle

24.1.67 : néphrostomie gauche

- périnéphrite +++
- uretère, bassinnet peu distendus
- néphrostomie

Malgré tout, la fonction rénale reste précaire et oblige
à 3 jours de dialyse péritonéale

13.2.67 : Diurèse courte - meilleur état général

Urée : 1,20

Pyélographie bilatérale : obstacle sur les 2 bas uretères

Résection endoscopique : épi glandulaire prostatique

Oestrogénothérapie : 1 mois

Puis double urétérocystonéostomie

Fistule hypogastrique et lombaire droite

Etat général misérable

6.7.67 : urétérostomie cutanée bilatérale - bon résultat -
fistule lombaire droite intermittente

11.8.67 : rentre chez lui

- urée à 0,90 - Pénicline - Cycladiène
- K : 5,4

OBSERVATION N° 44

M. MAI... Aimé - 75 ans

Entré le 5.6.69

Exitus le 14.6.69

- Anurie à l'entrée : - hématuries depuis mars 69
 - pollakiurie
 - cystite - état général bas
- Dialyse péritonéale immédiate
- Cliniquement : on suspecte un épi prostatique

10.6.69

- Cystoscopie : prolifération tumorale dans la région trigonale interdisant de repérer les orifices
- Néphrostomie droite (ce rein semblant le plus gros sur les tomographies)
 - . rein d'aspect normal
 - . grosse dilatation pyélo-urétérale évoquant une obstruction récente

Reprise de la diurèse - hémiplégie droite + aphasie - régressive en 24 h.

14.6.69 : résection biopsique

- lors de cette intervention, on redoute une fissuration vésicale
 - choc + fièvre, abdomen douloureux
- Exitus

Autopsie : pas de fissuration vésicale

épi prostatique envahissant le trigone et les 2 bas uretères

Bilans biologiques

- 4.6.69 : anurie
 - . urée : 2,90 g/l - K : 7,20 mEq - RA : 22 mEq

- 13.6.69, 5 jours après néphrostomie droite :

. diurèse : 1 500 ml

. urée : 1,50 g/l

. K : 5,20 mEq/l

. RA : 18 mEq/l

OBSERVATION N° 45

M. UJA... - 73 ans

16.1.67

18.1.67

Anurie : oedème urétéral après prostatectomie avec cathétérisme urétéral.

Anurie : 3 jours après prostatectomie.

- diurèse : 500 ml

- urée : 1,90 - K : 7,7 - RA : 15

Taille vésicale :

- mise en place de 2 sondes urétérales

Reprise de diurèse

18.2 : urée à 0,75

Mars 67 : sondes enlevées - va très bien

OBSERVATION N° 46

M. BON... Charles - 74 ans

Entré le 20.10.69

Décès le 24.10.69

- Anurie chez un homme âgé, cardiaque - état général mauvais
- Cliniquement : épi prostatique infiltrant la vessie
- Cathétérisme impossible - trigone infiltré

- Néphrostomie droite le 21.10.69 - néphrostomie gauche envisagée mais, aux tomographies, le rein droit semble le meilleur.

- Exitus le 24.10.69

Nécropsie (anatomopathologie)

- carcinome prostatique infiltrant le trigone -
cculées uretères
- reins pâles - parenchyme épais
- pas de distension pyélo-calicielle (IR ancienne)
- néphrite interstitielle importante

Biologie

- | | |
|-----------------------------------|---|
| - 29.9.69 : urée : 1,10 | - protides 69 |
| - 11.10.69 : urée : 1,80 | - diurèse 400 ml/24 h |
| - 17.10.69 (RICHET) : urée : 2,60 | - urée urinaire 12,50/24h
12,50 o/oo |

Initial

- | | | |
|------------|-------------|---------------------------------------|
| | cl : 87 | |
| | Na : 127 | |
| | K : 5 | |
| | Ca : 94 | |
| | CO2 : 19 | |
| - 24.10.69 | urée : 3,40 | diurèse 450 - 100 par
néphrostomie |
| | Na : 129 | |
| | K : 7,4 | urée urinaire : 9,5 l |
| | Cl : 92 | |
| | RA : 11 | exitus |

Conclusion

- IR négligée (cavités non dilatées) - état général
précaire
- néphrostomie trop tardive

OBSERVATION N° 47

M. ROC... Léon - 72 ans

Envahissement des 2 uretères par un énorme néoplasme vésical

Anurie - urétérostomie cutanée droite

1) Juillet 68

Hématurie : cystoscopie - biopsie - U.I.V.

- K infiltrant de la vessie surtout gauche

- rein gauche muet

Cobalt

2) Décembre 68 - janvier 69

après quelques hématuries, réduction de la diurèse

- 25.2.70 : anurie

- état général très précaire

- urée : 3 g - K : 7,6 mEq - RA : 14 mEq

- 26.2.70 : urétérostomie cutanée droite (anesthésie locale)

- 27.2.70 : amélioration spectaculaire de l'état général

- diurèse : 3 litres

- urée : 1,95 - K : 6,2

- créatinémie : 38

- urée urinaire : 18 g/l

- 5.3.70 : - va bien - alimentation normale

- urée : 0,70 - K : 4,2 - RA : 27

- 9.3.70 : sortie

- urée : 0,55

- ionogramme normal

OBSERVATION N° 48

Mme LAB...

Anurie - obstacle néoplasique

Tomographies : 2 gros reins symétriques

Diagnostic clinique au toucher vaginal : bloc néoplasique

Urée : 1,80 - K : 5,8 - RA : 12 - pH : 7,39

Collapsus pendant dialyse - Exitus

Dialyse péritonéale du 9 au 11 mai

Septicémie Klebsiella - Hc + - collapsus - mort

Autopsie

- bloc néoplasique petit bassin
- pus dans le péritoine
- uretères dilatés

Anatomopathologie : K épidermoïde

Dialyse sur petit bassin envahi

OBSERVATION N° 49

Mme DUP... Germaine - 65 ans

Entrée le 19.10.68

Sortie le 7.12.68

- Insuffisance rénale de survenue progressive
- Anurie à l'entrée
- K du col utérin très étendu - envahissement trigonal - épi malpighien peu différencié et immature, au-dessus de toute possibilité d'exérèse et rendant la radiothérapie illusoire

24.10.68

- cystoscopie : orifices impossibles à repérer
- biopsie du col utérin
- urétérostomie cutanée droite - rein droit mieux vu sur les clichés - voie iliaque

Amélioration spectaculaire sur le plan biologique

17.11.68 : apparition d'une diurèse vésicale

20.11.68 : U.I.V.

- bon fonctionnement de la sonde droite
- à gauche : cavités dilatées - sténose de la région vésico-urétérale

Cystoscopie : envahissement trigonal

7.12.68 : sortie

- traitement : 200 m Endoxan/semaine

Biologie

- 23.10.68, à l'entrée : anurique

- . urée : 4,40 g/l - K : 7,1 mEq - RA : 13 mEq
- . créatininémie : 96 mg/l

27.11.68, un mois après la néphrostomie :

- . diurèse : - sonde urétérale : 700 ml
- sonde vésicale : 1 400 ml
- . urée : 0,55 g/l - K : 3,1 mEq - RA : 27 mEq
- . E.C.B.U. : protéus

OBSERVATION N° 50

M. HAM... Iddir - 49 ans

Entré le 7.8.69

Exitus le 6.5.69

1) Hypertension artérielle : 24/10

- céphalées
- hypertrophie gauche à la radio
- ECG : surcharge gauche
- FO : stade IV
- aucun accident neurologique

2) Insuffisance rénale sévère

- azotémie : 3 g
- fosse lombaire droite : normale
- gros rein gauche
- U.I.V. = 0
- tomographies : gros rein gauche

Surtout :

- au toucher rectal : sténose très serrée du canal anal interdisant d'examiner la prostate
- cystoscopie : vessie rigide infiltrée - col vésical non repérable - de même que les orifices urétéraux - biopsie

Anatomopathologie

- épithélioma à cellules claires non différencié
- épithélioma prostatique ou vésical anaplasique

3) Néphrostomie gauche le 18.4.69

- gros rein d'hydronéphrose difficile à disséquer
- contenu clair, citrin
- néphrostomie in situ, biopsie rénale

Aucune amélioration de la fonction rénale

Exitus le 6.5.69

- urée à 5,25)
- RA : 18 vol) diurèse : 100 ml/24 h

OBSERVATION ° 51

M. AUF... Félicien - 50 ans

29.1.70

12.2.70

Anurie après pyélographie rétrograde bilatérale

Reprise de diurèse rapide - facteur mécanique probable

1) Début janvier 70 : hématurie

U.I.V. : image suspecte du pôle inférieur du rein droit

27 janvier :

- cystoscopie : saignement à droite
- pyélographie droite : aucun probl-me
- pyélographie gauche : douleur intense dès l'injection du 1er cm3 de produit de contraste - poursuite de l'injection - radio : effraction de la paroi

Suites immédiates : anurie

29 janvier (Tenon)

- cystoscopie : . à gauche, orifice bouché par un caillot
 . à droite, la sonde bute à 7 cm

Reprise spontanée de la diurèse

2 février 70

- U.I.V. : sécrétion bilatérale précoce

2) La suite de l'enquête étiologique ne fait pas avancer le diagnostic - U.I.V., artériographie, ne montrent rien de probant.

Le malade sort le 12.2.70 - reste, outre le problème de l'hématurie, celui d'une HTA

3) Septembre 70 : réhospitalisé pour bilan de l'HTA

- n'a pas saigné
- U.I.V. normale

4) Décembre 70 : exitus - HTA maligne

Autopsie : - reins de taille normale

- oedème pulmonaire
- coeur de volume augmenté - pas de nécrose myocardique.

Biologie

- Anurie
 - . urée : 1,10 - K : 3,8 - pH : 7,39
- 5 jours après :
 - . urée : 0,80 - K : 3,8
 - . diurèse : 2 000 ml
 - . urée urinaire : 30 g/24 h

OBSERVATION N° 52

M. LA... Jean - 26 ans

12.5.68

18.5.68

Colique néphrétique droite + hématurie

Cathétérisme urétéral : - gauche : difficile

- droit : impossible

- Pyélo gauche : aspect normal

- Côté droit : normal à l'U.I.V.

Le lendemain :

- douleurs lombaires bilatérales

- anurie (urée : 0,88 au 4e jour)

Traitement : antibiotiques

antihistaminiques

Cystoscopie : oedème des 2 orifices urétéraux

Montée de sondes : urines sous pression des 2 côtés

Retrait des sondes les 3e et 4e jours

Diurèse normale - E.C.B.U. stérile - U.I.V. normale

Sortie au 6e jour.

CONCLUSIONS

1) SUR LE PLAN ETIOLOGIQUE

a) La lithiase est responsable de la moitié des anuries par obstacle. C'est donc à elle qu'il faut penser d'emblée. L'affirmer est souvent difficile car, une fois sur deux, le calcul est urique et transparent à la radio.

Cette lithiase urique est donc fréquente, difficile à reconnaître et grave.

Les anuries qu'elle engendre sont sévères, volontiers septicémiques, mais aussi récidivantes.

b) La liposclérose rétro-péritonéale est la deuxième grande cause à évoquer. Dans l'immense majorité des cas, elle est maligne. On peut le plus souvent affirmer la maladie et sa nature, mais il n'est pas rare d'avoir beaucoup de peine à trouver le cancer originel de la métastase.

c) La septicémie à germes gram - est une menace permanente avec laquelle il faut compter dès les premiers instants. Quelle soit cause ou conséquence, elle aggrave singulièrement la situation.

Les manoeuvres endoscopiques répétées, des sondes urétrales laissées trop longtemps en place, un foyer de rétention qu'on tarde à drainer, peuvent déclencher la flambée infectieuse.

Pour en venir à bout, deux impératifs : l'antibiothérapie certes, mais surtout le drainage d'urgence de la voie excrétrice.

A ce prix, l'évolution est en règle favorable.

2) EN CE QUI CONCERNE LE MECANISME DE L'ANURIE

Nous avons pu montrer qu'il était parfois simple : obstacle seul, obstruction incomplète avec choc gram - .

Mais, dans nombre de cas, faire la part de l'infectieux du mécanique reste bien théorique. Les deux coexistent, s'intriquent, sans qu'on puisse trouver de dominance. En tout cas, jamais il ne nous a semblé raisonnable d'évoquer l'"anurie réflexe". Chaque fois que le mécanisme est resté obscur, c'est au calcul radio-transparent méconnu ou au choc gram - transitoire que nous avons attribué la responsabilité de l'insuffisance rénale aiguë.

3) Un point enfin mérite d'être souligné. Ces malades, pour la plupart, nous ont été adressés trop tard. On a laissé évoluer l'anurie et la situation est devenue telle que seul un service spécialisé pouvait y faire face. L'anurique ne doit pas forcément être traité en milieu spécialisé. Le recours à l'EER chez ce type de malade devrait être exceptionnel. L'obstacle sur la voie excrétrice doit être saisi à son début - rappelons, à ce propos, l'intérêt considérable de l'U.I.V. par perfusion. Avant que les désordres biologiques sévères n'apparaissent (acidose et hyperkaliémie), avant que les risques infectieux de la rétention ne menacent, il faut rétablir la diurèse - mais le faire de façon sûre. C'est pourquoi, monter des sondes dans les uretères peut transformer la situation, voire suffire à la résoudre, mais bien souvent ce moyen est insuffisant. Se fier

à lui fait perdre un temps précieux; c'est à la levée chirurgicale de l'obstacle qu'il faut recourir. Une intervention précoce, en règle une néphrostomie, doit éviter à l'anurique l'épuration extra-rénale. L'accident ne relève alors que des règles élémentaires de réanimation.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur J. GOSSET

Professeur LOYGUE

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

- AUVERT J. - Physiopathologie des obstacles sur la voie excrétrice et du haut appareil urinaire. EMC, Rein, T. 4.
- AUVERT, XERRI - Anurie. EMC, Rein, T. 4.
- ABOULKER P., STEG A. - Septicémies après intervention sur l'appareil urinaire. J. chir., 1960, 79.
- ABOULKER, DEROT - Les anuries après prostatotomies. Gaz. Méd., février-avril 57, 64.
- COUWAY, BICKNELL - Anurie consécutive à la pyélographie rétrograde. J. of Urol., nov. 66, 96.
- DELIVELIOTIS, ZORZOS - Anurie calculuse (sur 80 observations). Ann. uril., déc. 69, 3.
- FULOP - The effect of acute ureteral pressure elevation on the excretion of urea and Na in dogs. Invest. urol., 1970, 8, 56.
- HARRIS, McDONALD, WILLIAMS - The electrolyte pattern in experimental anuria. Austr. J. exp. Biol. Med. Sci., 1952, 30-33.
- LADEFOGED - Hemodynamics in acute renal failure. Scand. J. chir. - Lab. Inv. 1970, 26, 83-87.
- LEGRAIN - IRA post-traumatique. Ann. chir., 68, 22.
- LEGRAIN - L'inhibition réflexe à la sécrétion rénale existe-t-elle ? Act. Neph. Hop. Necker, 62.
- LEGRAN, CAMEY - IRA en urologie. Rev. Prat., Avr. 69.
- LEGRAIN, FOGLIERINI - Les lithiases uriques malignes. J. urol.-néphro., janv.-févr. 61, 67.

- MURPHY, SCOTT - Réactions hémodynamiques rénales aux obstructions aiguës et chroniques de l'uretère. J. of urol., mai 66, 95, n° 636-658.
- RICHET, HAMBURGER, CROSNIER - Néphrologie. Flammarion.
- RICHET, MEYRIER - Liposclérose rétro-péritonéale - thrombose des veines rénales. Deux syndromes rétro-péritonéaux. Masson, Paris, 1970.
- STECKER, JAY -GILLENWATER - Experimental partial ureteral obstruction - Alteration in renal function. Invest. urol., 71, vol. 8.
- TRAEGER et coll. - Caractères étiologiques généraux de 639 cas d'IRA. Rev. luon. Méd., août 66 (biblio).
- XERRI, AUVERT - Les anuries après adénomectomies par voie hypogastrique. J. urol., sept. 67, 73 (biblio).
- ZECH - Les insuffisances rénales aiguës (900 cas). Gaz. Med. France, déc. 67, 74 (biblio).

